Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München.
Vorstand: Obermedizinalrat Professor Dr. Merkel.

Über Dickdarmverletzungen gelegentlich therapeutischer Maßnahmen, deren Zustandekommen und deren strafrechtliche Beurteilung

(Mit 3 einschlägigen tödlich verlaufenen Beobachtungen)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

H. Otto Gebhardt

aus München.

1939

Druckerei Josef Schreibauer, Eichendorf (Niedbay.)

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät.

Referent: Obermedizinalrat Professor Dr. Merkel.

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Juli 1939.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548311_0169

Es ist eine altbekannte Tatsache, daß mancher Fortschritt, ja schon mancher Versuch zu einer Weiterentwicklung auf irgend einem technischen Gebiet den einen oder anderen ungünstigen und unvorhergesehenen Zwischenfall mit sich bringt und damit Gefahren in sich schließt; dies gilt auch für die Pionierarbeit auf dem Gebiet der medizinischen Diagnose und Therapie, auf ihren Entdeckungen neuer Wege.

Es wird wohl keine diagnostischen Hilfsapparaturen, keine therapeutischen Neueinführungen gegeben haben, die nicht trotz der nach den Verhältnissen gebotenen Vorsicht auch manchen Mißerfolg zeitigten, bevor sie entsprechend ausgebaut werden und sich durchsetzen konnten. Trotzdem wird niemand leugnen, daß es einen Rückschritt bedeuten würde, wollte man auf irgend eine neue Methode der wissenschaftlichen, diagnostischen oder therapeutischen Arbeit verzichten, nur weil vereinzelte beklagenswerte Zwischenfälle die Methode zuerst als gefährlich erscheinen ließen! Vor allem ist doch bei diesen Versuchen zu bedenken, daß nicht einzelne wenige unglückliche Zufälle, die man bei weiterem Ausbau der Methode zu vermeiden gelernt hat, bestimmend sind, sondern die gesteigerte Möglichkeit vielen Menschen die erfolgsichernden Eigenschaften einer neugewonnenen Erkenntnis oder Erfindung angedeihen zu lassen. So wird heute niemand mehr auf den Gedanken kommen, die Narkose abzuschaffen, weil etwa unter 10—15 000 einmal ein Todesfall vorkommt. Es ist auch nicht ausschlaggebend, daß gelegentlich der Röntgenbreipassage bekanntlich einige Fälle von Magen- oder Darmperforation vorgekommen sind; denn den Ausschlag geben die unübersehbaren Erfolge, welche die diagnostische Röntgenologie zu verzeichnen hat.

So haben auch die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Mastdarms manchen Unglücksfall mit sich gebracht, sei es nun auf dem Gebiet der Rektoskopie oder auch auf irgend einem andern Zweige der den Mastdarm betreffenden Diagnostik und Therapie. Ganz allgemein spielen ja die unbeabsichtigten Verletzungen des Mastdarms durch medizinische Instrumente keine so große Rolle, wenn man sie mit den Unfallverletzungen vergleicht; denn Pfählungsverletzungen oder sonstige Fremdkörperverletzungen, besonders aber Mitverletzungen bei schweren Geburten sind wesentlich häufiger. Immerhin findet man aber beim Studium der Literatur auch instrumentelle Verletzungen des Mastdarmes doch in größerer Anzahl, als man zunächst annehmen möchte!

Wohl die schwerste Art der Verletzungen des Enddarms stellt nun die totale Perforation dar, die entweder in das lokale periproktale Gewebe oder in die freie Bauchhöhle erfolgen kann; die große Gefahr derartiger Ereignisse ist begründet in dem reichlichen Vorhandensein von Fäulniserregern, die fast stets zu jauchig-kotiger Phlegmone oder zu foudroyanter Peritonitis führen. Wenn man diese Art von Unglücksfällen mit den Komplikationen bei anderen Enddarmerkrankungen vergleichen will, so ist daneben die Zahl ersterer wohl relativ gering, doch ist sie im Hinblick auf die Schwere der Folgen immerhin so hoch, daß man überrascht ist.

Aus der mir erreichbaren Literatur konnten im ganzen 75 Fälle von Perforation des Rektums bezw. des S-Romanum festgestellt werden, die anläßlich diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen vorkamen. Die perforierenden Instrumente sind dabei verschiedener Art, man möchte sie in manchen Fällen, wie wir später sehen werden, fast grotesk nennen. Bei der Aufzählung derselben muß man unterscheiden, ob die Verletzung durch die Hand eines Arztes bezw. Pflegers oder eines Laien, mitunter der betreffenden Person selbst geschah.

Dabei fanden sich — soweit die Literatur mir zugänglich war —:

I. Bei ärztlichen Maßnahmen erfolgte Perforationen: 32 Fälle. Dazu kommen noch zwei eigene neue Beobachtungen aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München.

II. Durch Laien bezw. Laienhelfer oder die betreffenden Personen selbst zustande gekommene Rektumperforationen: 12 Fälle. Dazu kommen aber noch 31 Fälle, bei denen ein sicherer Hinweis auf die ausführende Person nicht angegeben ist, die aber nach Art der verwendeten Instrumente annehmen lassen, daß es sich um Laien oder Pflegepersonal gehandelt hat. Ein Fall einer Rektumperforation durch Laienhand aus dem Beobachtungsmaterial des gerichtlich-medizinischen Instituts München ist auch hier noch beizufügen.

Es handelt sich also im ganzen um die nicht unbedeutende Anzahl von 78 derartigen Darmperforationen.

Die obige Einteilung möge nun auch gelten bei der Besprechung der zur Auswirkung gekommenen Instrumente.

Prof. Schmitt beschreibt eine Perforation mittels weichem Gummidarmrohr bei der Ausführung eines Heberklystiers als Vorbereitung zur Rektoskopie. Dabei wurde 1 Liter Wasser in die Bauchhöhle eingelassen.

In einem anderen Fall (Aston) wurde beim Katheterisieren der Katheter durch die Harnröhre bei einer bestehenden Harnröhrenstriktur gestoßen und in das Rektum eingebohrt.

Reichle und Tieze berichten von einer Zersprengung des Mastdarms durch Kolpeurynther. Im Museum des Guy's Hospitals in London sollen die Präparate von 2 Fällen von Perforationen mittels Mastdarm-Bougies zu sehen sein. Ebenfalls von Perforationen mittels Bougies berichtet Curling in 3 Fällen, Häuer und Quenu in je 2 Fällen.

Fuchsbüchler führt 2 Fälle von Rektumperforationen mittels Polypenzange an; dabei wurde anläßlich einer Abortusausräumung der Uterus perforiert und auch noch die Mastdarmwand durchbohrt.

Von Kelly sind 4 Fälle von Perforationen mitgeteilt, die sich bei gynäkologischen Untersuchungen per rectum mit dem Finger ereigneten; dazu kommt noch ein ebenfalls von Reichle und Tieze erwähnter Fall einer Darmwanddurchtrennung unter der Hand des Arztes bei der Reposition eines Prolapses und einer Perforation durch die zu diagnostischen Zwecken eingepumpte Luft. Doch darf man wohl annehmen, daß letzteres anläßlich einer Rektoskopie geschah und man kann daher auch diesen Fall somit zu den relativ häufigen durch Hand des Arztes vorkommenden Perforationen rechnen, das sind die Unglücksfälle bei der Rektoskopie.

In der Literatur waren bisher 17 solche Perforationen zu finden, dazu kommen noch 2 eigene später zu besprechende Beobachtungen, also im ganzen die Zahl von 19; einerseits sind sicher nicht alle derartigen unglücklichen Zufälle veröffentlicht, andererseits ist zu dieser Zahl noch zu bemerken, daß alle derartigen Verletzungen aus verhältnismäßig jüngerer Zeit stammen, da ja diese sicher ungeheuer oft angewandte Untersuchungsmethode in der heutigen Vollendung noch kein alter Zweig der medizinischen Diagnostik ist. Wohl wurde eine Proktoskopie offenbar schon von Hypokrates ausgeführt; doch wurde der Weg in den rektalen Schenkel des S-Romanum erst durch die von Otis angegebene Knieellenbogenlage gebahnt und damit freilich ein Gefahrenmoment geschaffen, das eine Verletzung des Enddarmes durch derartige Hilfsmittel relativ leicht zustande kommen ließ!

Was die perforierenden Instrumente in der Hand des Laien betrifft, so ist zu bemerken, daß darunter zuweilen Gegenstände beschrieben sind, die zwar angeblich in therapeutischer Absicht verwendet wurden, zu diesem Zwecke aber vollständig ungeeignet sind. Als Beispiel gelte dafür ein von Schönbauer mitgeteilter Fall, bei dem ein 54 jähriger Mann angeblich einen Rektalprolaps mit einem Zigarettenstopfer zu reponieren gewöhnt war. Dabei drang ihm dieser einmal ein und verschwand. Am nächsten Tag mußte er wegen Perforation in der Mitte des Sigmoids operiert werden.

Ein ganz eigenartiger Fall scheint der eigene aus dem gerichtlich-medizinischen Institut München zu sein, nämlich die Perforation des Mastdarms vermutlich durch Fieberthermometer. Ich will daher gleich an dieser Stelle über diesen Fall genauer berichten, weil er durch seine Seltenheit doch eine besondere Stellung einnimmt.

Es ist allerdings vorauszuschicken, daß es in diesem Falle nicht mit absoluter Sicherheit feststeht, ob die Perforation auch wirklich durch ein- oder mehrmalige Einführung eines Fieberthermometers zustande gekommen ist.

Vorgeschichte (wie sie sich durch die polizeilichen Erhebungen ergab):

Der 5½jährige uneheliche Knabe Br. S. war vom Vater mit in die Ehe gebracht worden; er soll immer etwas schwächlich gewesen sein. Er wurde mehrfach im Hauner'schen Kinderspital wegen seiner Unlust zu essen untersucht, aber als magen-darmgesund befunden. Einige Wochen vor seiner schweren Erkrankung war er einmal vom Sofa herabgefallen, war vorübergehend bewußtlos gewesen und befand sich länger in ärztlicher Behandlung (in der Kinderklinik „soll" man einen Schädelbruch röntgenologisch haben feststellen können). Unmittelbar vor der kritischen Erkrankung sei ihm nichts passiert, doch war der Knabe — vielleicht seit dem Sturz auf den Kopf? — unreinlich geworden, zumal ließ er öfter den Kot, seltener den Harn in die Hose gehen, was zu gelegentlichen Bestrafungen — angeblich harmloser Art — von Seite der Eltern führte.

Das etwas eingeschüchterte Kind erkrankte nun angeblich am 15. September „plötzlich" morgens; die Pflegemutter Frau F. stellte wenigstens erst während des Anziehens fest, daß der Knabe sehr blaß wurde. Auf wiederholtes Befragen gab er schließlich an, daß er Schmerzen im Unterleib habe. Es wurde sofort Dr. H. verständigt, außerdem nachher noch Dr. Gr. Die Ärzte waren zuerst der Meinung, daß es sich um eine Ruhrerkrankung handle, weil Dr. H. angab, er sei von Frau F. angerufen worden, weil „das Kind aus dem Mastdarm blute". In dessen Anwesenheit wurde es von Frau F. mit dem Fieberthermometer gemessen. (Nach ihren Angaben habe sie das Kind nur dieses eine Mal gemessen!) Sie war auch vorher von Dr. H. befragt worden, ob sie die Messung machen könnte, was sie bejahte. Beim Herausnehmen des Thermometers bemerkte die Pflegemutter, daß an dem Thermometer etwas Blut zu sehen war. Mit der von den Ärzten angeregten Überweisung in ein Krankenhaus war die Pflegemutter — merkwürdigerweise! — nicht gleich einverstanden. Es wurde nun noch der Kinderarzt Dr. M. hinzugezogen, welcher auch für die Krankenhauseinweisung war, die dann am 16. September nachmittags erfolgte. Am Abend wurde dort noch eine Laparatomie — zuerst in der Mittellinie, dann noch rechts unten — vorgenommen, welche leider bereits eine schwere eitrige Bauchfellentzündung ergab; als Ursache derselben

wurde dabei eine etwa bleistiftdicke Durchbohrungsstelle im Douglas'-schen Raum festgestellt, welche in den Mastdarm führte. Im Mastdarm selbst fand sich reichlich geronnenes Blut. Die Ursache dieser Perforationsverletzung konnte bei der Operation nicht festgestellt werden. Am 16. September um 24 Uhr schon erfolgte dann der Exitus.

Der Krankenhausleichenschauer erstattete Anzeige wegen nicht natürlicher Todesursache.

Der Sektionsbericht (gerichtliche Sektion: 20. 9. 1937. L. L. 381/37), zu dessen Ergänzung ein Präparat (Slg. Nr. 1490) im gerichtlich-medizinischen Institut zur Verfügung stand, ergab zusammengefaßt folgendes Bild:

A. Äußere Besichtigung der Leiche.

101 cm lange, 13,5 kg schwere männliche Kindsleiche mit deutlichen Totenflecken in den abhängigen Partien mit Ausnahme der Auflagestellen. Totenstarre nur noch wenig vorhanden. Beide Augen sind tief eingesunken, aus beiden Nasenöffnungen führen eingetrocknete braunrote Streifen über beide Wangen nach hinten. Ohrenöffnungen frei, am rechten Ohrläppchen eine kleine mit einer Blutkruste bedeckte Punktionsstelle. Mund geöffnet, das Lippenrot teilweise eingetrocknet. Hals ohne besonderen Befund, Brustkorb normal gewölbt.

Über dem Leib befindet sich ein mit zwei Heftpflasterstreifen befestigter Gaceverband. Die unteren Schichten desselben sind blutdurchtränkt. Nach Entfernung derselben sieht man eine 12 cm lange mit Seidennähten verschlossene Operationswunde, welche 2,5 cm über dem Schambein beginnt, genau in der Mittellinie verläuft und dort über den Nabel hinausreicht. Im untersten Abschnitt derselben befindet sich ein mit einer Sicherheitsnadel versehenes Gummirohr.

In der rechten unteren Bauchseite befindet sich eine zweite 5 cm lange, schräg von rechts oben nach links unten verlaufende frische, mit Seidenknopfnähten verschlossene Operationswunde mit einem kleinen, ebenfalls mit einer Sicherheitsnadel gesicherten Gummirohr in der Mitte. Die ganze Bauchhaut ist grünlich verfärbt (Fäulnis). Die Bauchdecken machen einen etwas gespannten Eindruck. In der linken Leistenbeuge findet sich eine etwa erbsengroße ausgetrocknete Hautabschürfung. Äußere Geschlechtsteile normal ausgebildet.

Die Afteröffnung ist mit braunem Kot verschmiert, in der weiteren Umgebung findet sich ein Ring von dunkelschwarzbrauner angetrockneter Masse (Blut?). Nach Abwischen des Kotes wird in der Mittellinie nach hinten oben von der Afteröffnung aus ein 1 cm langer oberflächlicher Einriß in der die Hämorrhoidalvenen bedeckenden Schleimhaut sichtbar, rechts daneben ein ebensolcher, beide sind längs gestellt. Beide Gesäßbacken — die rechte in kleinhandteller Größe, die linke etwas kleiner — zeigen verdickte narbige Haut auf (von einer früheren Verbrühung herrührende Narben).

B. Innere Besichtigung.

I. Brust- und Bauchhöhle.

Das Unterhautfettgewebe ist spärlich entwickelt. Die Bauchschnittwunde befindet sich in normalem Zustande; sie ist nicht entzündet oder eitrig durchtränkt. Auch die Innenfläche beider Operationswunden in der Mittellinie und in der Blinddarmgegend scheinen in guter Verfassung zu sein.

Die Dünndarmschlingen sind sehr stark gebläht, der Bauchfellüberzug ist gerötet, mit einzelnen Blutungen versehen, nur matt glänzend, zum Teil mit zarten Faserstoffauflagerungen, die Dünndarmschlingen sind miteinander zum Teil verklebt, in der Oberbauchgegend zeigen dieselben stellenweise einen schmierigen Faserstoffbelag, besonders diejenigen, die ganz oben unterhalb des Nabels gelegen sind. Hier findet sich geichzeitig noch eine dunkelrote fleckige Verfärbung; der wurmförmige Fortsatz ist an der Außenseite des Blinddarms nach oben geschlagen, er ist ziemlich dick, mit dem Blinddarm verwachsen, zeigt aber keine Entzündungen. Der Bauchfellüberzug der Leber ist feucht, glatt und spiegelnd.

Beide Gummiröhren gehen in die Tiefe des Beckens hinab, hier findet sich etwas vermehrte, trübe Flüssigkeit, eine leichte Verklebung der Darmschlingen mit der Blase.

Zwerchfellstand rechts vierte Rippe, links vierter Zwischenrippenraum.

a) Brusthöhle.

Die Knorpelknochengrenzen sind kaum verdickt, die Lungen bis zur Mittellinie reichend sind beiderseits frei, die mittleren Lungenränder sind rechts stärker gebläht und abgestumpft, in den Brusträumen findet sich beiderseits bereits zwei Eßlöffel blutige Flüssigkeit. Im Herzbeutel ebenfalls etwa zwei Kaffeelöffel klarer, rötlicher Flüssigkeit, aus dem rechten Vorhof, aus der unteren Blutader und der Brustschlagader entleert sich bei Auslösung der Brustorgane reichlich dunkles flüssiges Blut.

Die Halsweichteile sind frei von Blutungen, im Nasenrachenraum findet sich etwas schmieriger Schleim, die Zunge ist bräunlich belegt, die Weichteile vor der Wirbelsäule frei von Blutungen. Die Mandeln sind ziemlich groß, Schnittflächen graugelblich, feucht, in der Speiseröhre nach unten zu reichlich galliger, schmieriger Schleim, in den Luftwegen eine schmutzigrote Flüssigkeit, auch die Schleimhaut ist schmutzigrot verfärbt, sehr feucht. Die Lymphdrüsen am Hals erscheinen beiderseits etwas vergrößert, beide Schilddrüsenhälften von entsprechender Größe, auch die Gabelungsdrüsen nicht vergrößert.

Das Herz ist von entsprechender Größe, schon ziemlich schlaff, der Überzug feucht, glatt, spiegelnd, ohne Blutung, im rechten Herzen und in der Lungenschlagader schwarzrotes, flüssiges Blut, die Innen-

haut bereits schmutzig, rötlich verfärbt. Die Klappenapparate des rechten Herzens zart, in der rechten Herzkammer und im rechten Vorhof schmierige, schwarzrote Leichengerinnsel. Im linken Vorhof flüssiges Blut, die Vorhofscheidewand geschlossen, die zweizipflige Klappe zart, ebenso auch die Brustschlagadertaschen, der Herzmuskel von normaler Beschaffenheit, die Innenhaut frei von Blutungen.

Die linke Lunge stark gebläht, der Überzug feucht, glatt und spiegelnd, hellgraurot. Schnittfläche teils dunkler, teils hellrot, überal lufthaltig, der Unterlappen ist blutreicher, durchsetzt mit einzelnen offenbar durch Einatmung erbrochener Massen entstandenen Erweichungsstellen mit deutlich sauerer Reaktion. Die rechte Lunge zeigt den Ober- und Mittellappen ebenfalls mäßig blutreich, im Oberlappen auch wieder einzelne kleinere Erweichungsherdchen, ebenso auch im Unterlappen nirgends richtige entzündliche Verdichtungen. Das Lungenfell, Zwerchfell, die Hals- und Brustwirbelsäule o. B.

b) Bauchhöhle.

Die Milz wiegt 45 g, leicht abgerundet, Kapsel glatt, Substanz dunkelgraurot, schon etwas weich, die Knötchen gut sichtbar. Die Leber von entsprechender Größe, Kapsel glatt, Gewebe rötlich-gelblich, blaß, keine Läppchenzeichnung sichtbar, in der Gallenblase reichlich grünlich-gelbliche dünnflüssige Galle.

Im Magen findet sich gelbgrüner, breiiger, galliger, flockiger Inhalt, die Schleimhaut ist ziemlich stark aufgeweicht, blaß, graugelblich; auch im Zwölffingerdarm der gleiche Inhalt, ebenso im oberen Dünndarm, nach unten zu wird der Inhalt reichlicher. Der stark geröteten Außenwand entspricht keine Veränderung der Darmschleimhaut, dieselbe ist überall blaß, rosafarbig, im untersten Dünndarm ist der Inhalt etwas schmierig und geringer an Menge. Die Gekrösedrüsen sind blaß, markig geschwollen.

Der ganze Dickdarm enthält einen erbsfarbigen, rahmigen Kot mit einzelnen Schaumblasen untermengt, die Schleimhaut ist überall blaß, nur in der S-förmigen Krümmung findet sich etwas nach oben getretener blutiger Schleim von schokoladebrauner Farbe, die Schleimhaut ist auch hier wie sonst im Dickdarm unverändert.

In der unteren Blutader findet sich flüssiges, schwarzrotes Blut, ebenso auch in der Bauchschlagader.

Beide Nebennieren blaß und klein, schon etwas weich, Zeichnung normal. Nieren von entsprechender Größe, mittlerer Blutfüllung. Oberfläche glatt und blaß. Nierenbecken nicht erweitert, Schleimhaut blaß. In der Blase etwa 2 Kaffeelöffel wasserklarer Harn, die Schleimhaut ist blaß, die Harnröhre ohne Verletzungen, die Schleimhaut ziemlich feucht, graurötlich.

Es wird nunmehr die ganze Aftergegend mit dem Mastdarm und der S-förmigen Dickdarmkrümmung im Zusammenhang ausgeschnitten.

Bei der Auslösung quillt reichlich bluthaltiger, schokoladefarbiger Kot aus der Mastdarmöffnung heraus. Es zeigt sich nunmehr nach der Herausnahme, daß die beiden oben bereits beschriebenen schnittartigen Wunden an der Hinterseite der Mastdarmumrandung rechts und links von der Mittellinie gelegen sind, sodaß sie nach der Eröffnung des Mastdarmes scheinbar die eine rechts, die andere links liegen. Bei der Eröffnung von rückwärts her findet sich unter der normalen Querfalte der Mastdarmampulle ungefähr 4 cm oberhalb des Mastdarmringes eine ganz unregelmäßige W u n d e mit fetzigen, etwas blutunterlaufenen Rändern, ungefähr pfennigstückgroß, am unteren Rand des Loches hängen noch kleine Schleimhautfetzchen, die blutunterlaufen sind. Das Loch führt schräg nach oben i n d e n f r e i e n D o u g l a s'schen R a u m h i n e i n zwischen Mastdarm und Blase. An der Durchtrittsstelle in der Tiefe des Beckens findet sich ebenfalls das ganze lockere Gewebe mißfarbig und fetzig fransig. Außerdem erstrecken sich von der Verletzungsöffnung herunter nach der Aftergrenze einige streifenförmige Blutungen und oberflächliche Defekte. Fremdkörperbestandteile sind nicht feststellbar.

Oberhalb der normalen Querfalte der Mastdarmampulle, also etwa 6 cm über der Mastdarmöffnung, zeigt sich — auch wieder an der Vorderwand — etwas nach rechts von der Mittellinie, ein weiterer streifenförmiger offenbar oberflächlicher Defekt der Schleimhaut, ebenfalls mit einer Blutunterlaufung versehen.

Die Hauptöffnung in die Beckenhöhle hinein ist für eine zusammengelegte Schere von 1 cm Dicke leicht durchgängig. Die ganze Mastdarmschleimhaut ist bis über die Falte hinauf stark gerötet und aufgelockert.

II. K o p f h ö h l e.

Es ist nicht notwendig einen genauen Sektionsbericht der Kopfhöhle folgen zu lassen, da ein für diesen Fall wichtiger Befund nicht zu erheben war.

Auszug aus der pathologisch-anatomischen L e i c h e n d i a g n o s e:

(Klinische Diagnose: Peritonitis nach Perforation vom Mastdarm aus in den Douglas.)

Paralytischer Ileus infolge fibrinös, teilweise hämorrhagisch, teilweise eitriger diffuser Peritonitis, ausgehend von einer kleinfingergroßen penetrierenden Perforationsöffnung in der Vorderwand des Mastdarms, 4 cm oberhalb der Analöffnung.

T o d e s u r s a c h e: Paralytischer Ileus infolge allgemeiner Peritonitis bei traumatischer Rektumperforation.

V o r l ä u f i g e s G u t a c h t e n.

I. Der Tod des sezierten 5½jährigen Knaben ist erfolgt an akuter Bauchfellentzündung mit Darmlähmung.

II. Die tödliche Bauchfellentzündung ist zustande gekommen durch eine Durchstoßungsverletzung der vorderen Wand des Mastdarms, etwa 3 fingerbreit oberhalb des Mastdarmeinganges.

III. Außer dieser Durchstoßungsöffnung waren noch am hinteren Rand der Afteröffnung zwei kleine, ziemlich scharfrandige, senkrecht gestellte Ritzer oder Schnitte, deren Entstehung zunächst nicht geklärt ist. Vorerst läßt sich nicht entscheiden, ob diese verschiedenen Verletzungen gelegentlich des Messens der Fiebertemperatur entstanden sein können.

Jedenfalls ist nach dem Ergebnis der Operation und Sektion nicht zweifelhaft, daß durch ein von außen eindringendes Instrument oder Werkzeug die Mastdarmverletzungen zustande gekommen sein müssen. Eine genaue Besichtigung des unter Nr. 1490 in der Institutssammlung befindlichen anatomischen Präparates läßt eindeutig erkennen, daß die beiden am hinteren äußeren Analring festgestellten kleinen Wunden bei geschlossener Afteröffnung sehr wohl durch ein scharfrandiges Instrument zustande gekommen sein könnten, das dann beim weiteren Vorschieben gleich darauf in der vorderen Mastdarmwand die Totalperforation zustandekommen ließ. Es könnte also auch ein einmalig eingeführtes Instrument sehr wohl die vorgefundenen mehrfachen (3) Verletzungen gesetzt haben! — aber welches?

Wir können den Verdacht nicht unterdrücken, daß die Pflegemutter eben doch schon vor der ärztlichen Anordnung Thermometermessungsversuche vorgenommen oder dem Knaben ein Klystier zu verabreichen versucht und dabei den kindlichen Darm verletzt hatte, sonst müßten wir ja annehmen, daß eine Pfählungsverletzung unbekannter Art vorgekommen wäre und entweder von dem Knaben (5½ Jahre alt!) oder von dessen Pflegemutter absichtlich verschwiegen wurde. Wir möchten letzteres aber doch als das Unwahrscheinlichere ablehnen! Merkwürdig bleibt, daß die diesbezüglichen polizeilichen und richterlichen Erhebungen völlig ergebnislos verliefen!

Die nicht perforierenden Schleimhautverletzungen durch Fieberthermometer sind ja nach den Angaben der Literatur überraschend häufig; besonders soll das in nordischen Ländern der Fall sein (Siebner).

Windfeld berichtet über 14 Fälle von Mastdarmläsion durch Fieberthermometer. Dazu gibt „die pathologische Abteilung des Karolinske Instituts“ noch folgende überraschende Statistik: Von 1530 Sektionen, die in den Jahren 1925 bis 1928 von Elwin und Fromm untersucht wurden, sind in 96 Fällen typische Thermometerverletzungen gefunden worden! Das sind also 6% — eine Zahl, die von Windfeld sogar noch als zu niedrig befunden wird! Auch Siebner gibt 6 Fälle an und verweist seinerseits auch auf die un-

geahnte Häufigkeit dieser Verletzungen. Bei vielen der frisch beobachteten Fälle traten mehr oder weniger starke, zum Teil spritzende arterielle Blutungen auf, doch sind bei dem größeren Teil der angegebenen Fälle sickernde Venenblutungen beschrieben. Letztere waren aber immerhin auch so stark, daß sie zu sofortigem Einschreiten zwangen, nämlich umstochen werden mußten. Nicht nur die oft sehr spitzige Beschaffenheit der gebräuchlichen Fieberthermometer erleichtert die Entstehung dieser Verletzungen, sondern zuweilen ist das Vorhandensein von messerscharfen kleinen Glasvorsprüngen, die vielleicht beim Zuschmelzen des Quecksilberbehälters entstanden sind, noch dazu festzustellen, was leicht Verletzungen der Schleimhaut erzeugen kann! Man hat daher schon mehrfach vorgeschlagen, besonders bei Kindern, die sich beim Temperaturmessen im After oft ungebärdig stellen, Fieberthermometer mit kugelförmig gebautem Quecksilberreservoir zu verwenden, ähnlich den gebräuchlichen Badethermometern.

Der zweite interessante Punkt an den Verletzungen durch Fieberthermometer ist, daß — dem Schrifttum zufolge — Männer mehr davon betroffen sind als Frauen; so werden bei den oben erwähnten 96 Fällen 60 Männer und 36 Frauen gezählt. Windfeld erklärt sich das als durch die Prostata bedingt. Er gibt dazu noch an, daß sich der Gefahrenpunkt bei der Prostatahypertrophie erhöht. Die Gefährlichkeit der Thermometerverletzungen ist gegenüber den Perforationen zwar gering, aber doch nicht ganz zu verneinen. Es kann immerhin eine arterielle Blutung aus der Mastdarmwand zu großen Blutverlusten in verhältnismäßig kurzer Zeit führen. Dabei sei noch erwähnt, daß von den von Windfeld und Siebner angegebenen 20 Fällen (14 + 6) der Mastdarmverletzung durch Fieberthermometer sieben eine arterielle Blutung mit sich brachten, die anderen dreizehn Fälle aber trotz venöser Blutung so erheblich waren, daß auch sie operativ angegangen werden mußten. Windfeld teilt davon in einem Fall mit, daß der Blutverlust über einen Liter betrug (??) und der Hämoglobingehalt auf 60% herabsank. Ebenso erwähnt Siebner einen Fall, bei dem nur mit Mühe eine Rettung möglich war.

Die meisten Fälle von Perforation des Enddarmes aber sind anläßlich therapeutischer Maßnahmen durch Klystierspritzenansätze zustandegekommen. Die ersten durch die durchgesehene Literatur mir zugänglichen Fälle stammen aus dem Jahre 1862 (Chomel, Aston). Die von mir gefundene Gesamtzahl aber beträgt 37. Die durch solche aus hartem Material bestehenden Klystierspritzenansätze gesetzten Verwundungen ohne Perforation sind ja ziemlich häufig; Siebner bezeichnet sie als die wichtigste Ursache von Darmwandverletzungen in früheren Jahren. Als Folgen traten dann die sogenannten „ulcera clysmatica" auf, die in ihrer Heilung oftmals Narbenstrikturen mit sich gebracht haben sollen. Siebner selbst berichtet über einen Fall, bei dem sich ein Patient selber den Spritzenansatz ein-

führte und sich dabei eine tiefe Wunde setzte, die bis ins Prostatagewebe ging und schließlich zu schweren Entzündungserscheinungen führte. Nachdem der Patient noch einen so entstandenen Prostataabszeß überwunden hatte, kam er glücklich doch wieder zur Heilung.

Es ist vielleicht an dieser Stelle ganz interessant, die Gegenstände und Instrumente kurz zu erwähnen, die sonst noch von Laien angeblich zu „therapeutischen" Zwecken in den Mastdarm eingeführt wurden, jedoch glücklicherweise meist ohne eine stärkere Verletzung hervorzurufen. Die krankheitlichen Ursachen zu diesen „Heilungsversuchen" sind im großen und ganzen Stuhlverstopfungen bezw. Durchfall. Es sei hier auf die Zusammenstellung von Esmarch verwiesen, der für ersteres folgende Gegenstände aufführt:

Ein Weber kam auf die absurde Idee ein Weberschiff als Suppositorium zu verwenden, von deren Gebrauch er bei Kindern angeblich gehört hätte. Einen ähnlichen Fall berichtet auch Dittel aus dem Jahre 1849, wo ein Taglöhner zum Zwecke der Stuhlentleerung eine mit einem Stöpsel verschlossene Flasche mit einer Länge von 7,5 und einem Bodenumfang von 6,5 Wienerzoll als Stuhlzäpfchen benutzte. Diese mußte operativ entfernt werden und der Patient kam als Folge seines abenteuerlichen Gedankens ad exitum. Esmarch führt des weiteren auf: eine Schusterzange, eine Mörserkeule aus Holz, ein fingerdickes Stück biegsames Rohr und anderes.

Die angeblich wegen Durchfalls eingeführten Gegenstände sind fast in ebensolcher Vielzahl. Es sei aber hier nur noch ein grotesker Fall von Nollet (bei Esmarch) erwähnt, wo ein Mann eine mit Rosmarin gefüllte Flasche in den Mastdarm einführte, deren Stöpsel zum Zwecke des langsamen Heraussickerns des Inhaltes durchbohrt war, um sich angeblich auf diese mehr als naive Art von Koliken zu befreien! Ich kann mich aber des Verdachtes nicht erwehren, daß unter diesen Fällen manche auf perverse sexueller Selbstbefriedigung beruhen mögen.

Wenn man die Vielzahl dieser Gegenstände betrachtet, die doch alle im weiteren Sinne angeblich zu „therapeutischen Maßnahmen" verwendet worden sein sollen, so könnte man vielleicht die große Zahl der auf diese Art beigebrachten Verletzungen verstehen, ja man möchte vielleicht noch eine größere Anzahl von durch die letztgenannten Instrumente beigebrachten Verletzungen erwarten. Daß dies nicht der Fall ist, das ist wohl dem glücklichen Umstand zuzuschreiben, daß nach der allgemeinen ärztlichen Erfahrung die Widerstandsfähigkeit der Mastdarmwand in gesundem Zustand gegen Fremdkörper sehr groß ist. Das gilt wenigstens für die Fälle von eingeführten Gegenständen, die zuletzt genannt wurden und von denen man eine Schädigung der Darmwand durch ihr längeres Verweilen im Darmrohr erwarten könnte. Es sei hier an den Exner'schen Einstichreflex (bei Morreau) erinnert, der in diesem Sinne als Abwehrreflex gelten

kann: „... Durch Erschlaffung der von dem eingeführten Gegenstand getroffenen Stelle der Darmwand und entsprechende peristaltische Bewegungen der umgebenden Darmgebiete wird die belastete Stelle entlastet und der Gegenstand aus der gefährdenden Lage gedrängt ...“ Daß natürlich die Darmwand einer plötzlichen, womöglich noch mit einem spitzen oder kantigen Instrument erfolgten Gewalteinwirkung nicht standhalten kann, ist selbstverständlich; und wenn eben die ausführende Kraft wächst, muß es ja schließlich zu einer völligen Durchstoßung der Wand kommen.

Der mechanische Vorgang bei der instrumentellen Perforation ist noch nicht endgültig geklärt. Ich möchte annehmen, daß er mit der von F. Strassmann bei Explosionsruptur angegebenen Mechanik übereinstimmt; demnach reißt als erstes die Schleimhaut ein, dann folgt die Berstung der Serosa, während die Muskulatur am widerstandsfähigsten ist und am längsten standhält.

Wird nun eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme, sei es vom Arzt oder von einer dazu ausgebildeten und zuverlässigen Hilfskraft mit Sicherheit lege artis ausgeführt, so kann es bestimmt nicht zu einer Beschädigung oder gar zu einer Perforation der Darmwand kommen. Trifft dies aber dennoch ein, so muß dies eben durch eine besondere Sachlage in dem einzelnen Fall verursacht sein. Die Ursache für derartige Unglücksfälle kann nämlich einerseits darauf beruhen, daß den zu behandelnden Patienten selbst die Schuld trifft dadurch, daß er sich bei der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme nicht ruhig verhält und etwa durch ruckweise Bewegungen das eingeführte Instrument (Rektoskop, Fieberthermometer, Klystierspritzenansatz usw.) in eine für die Darmwand gefahrvolle Lage drängt, anderseits kann der Grund zu einer Perforation in der abnormen, leichter verletzlichen Beschaffenheit der Darmwand liegen, also bei krankhaften Zuständen derselben.

Liegt aber keine dieser Ursachen von Patientenseite für einen derartigen eingetretenen Unglücksfall vor, so wird eben die Verantwortung den treffen, der die Behandlung mit dem betreffenden Instrument ausgeführt hat, sei es, daß er erstens nicht die genügende Ausbildung in der Technik oder zweitens nicht die genügende Erfahrung in der Ausführung besitzt oder daß er drittens in dem jeweiligen Fall sonstwie leichtsinnig vorgegangen ist oder sich sonst pflichtwidrig verhalten hat!

Doch sind nach der Literatur gerade die Perforationsverletzungen bei gesunder Darmwand auffallenderweise häufiger als die bei kranker Beschaffenheit. So trafen von 46 der schon zu Anfang aufgeführten Fälle von instrumenteller Darmperforation dem Schrifttum zufolge 28 auf einen angeblich völlig gesunden und nur 18 Fälle auf einen erkrankten oder anatomisch annormalen Darm. Dazu kommen noch unsere drei eigenen Beobachtungen von Fällen mit gesundem Darm. Bei

den übrigen Fällen war aus den Beschreibungen die Beschaffenheit der Darmwand — ob vorher normal oder schon krankhaft verändert — nicht zu entnehmen.

Die primären Erkrankungen der Darmwand, bei welchen eine Perforationsmöglichkeit in den in der Literatur angegeben Fällen gegeben war, sind ganz verschiedener Art gewesen. Zahlenmäßig an erster Stelle stehen Mastdarmstrikturen, die mit 4 Fällen vertreten sind, dreimal sind Dickdarmdivertikel und ebenfalls dreimal sind verschiedene Arten von entzündlichen Prozessen verantwortlich gemacht. Zweimal fanden sich karzinomatöse Veränderungen der Mastdarmwand und auch zweimal kam es bei der Reposition von Rektalprolaps zu Perforationen. Einmal soll eine Miliartuberkulose die Schuld an der Darmwanddurchstoßung gehabt haben und ebenfalls einmal ist angegeben, daß eine durch Polypexstirpation gesetzte Narbe unter dem Druck des Rektoskops auseinanderwich, was in dem von Schreiber berichteten Fall wirklich als Grund anerkannt werden muß, da der Mastdarm nach Abtragung von 160 Polypen im Laufe von zwei Monaten doch sicherlich nicht mehr die normale Widerstandsfähigkeit und Elastizität besessen haben dürfte! Eine Frage ist meines Erachtens nur, ob in diesem Falle die Rektoskopie nicht überhaupt kontraindiziert gewesen wäre. In einem weiteren Falle soll eine abnorme Krümmung des Enddarmes und endlich einmal eine (entzündliche?) Stenose zu einer Durchbohrung der Wand geführt haben.

Was die Ausdehnung der durch die genannten Instrumente gesetzten Perforationsöffnungen anbelangt, so ist dabei in erster Linie die Größe des perforierenden Instrumentes ausschlaggebend, in zweiter Linie aber auch die bei der Einführung aufgewendete Gewalt oder auch etwaige Erkrankungen des Darmes. So sind z. B. bei Verletzungen durch das Rektoskop einige Risse angegeben in Längen um 1—2 cm. Doch kommen auch wesentlich größere Zerstörungen vor, wie etwa in einem von Schmitt angegebenen Fall, wo sich bei der sofort darauf stattfindenden Laparatomie sogar ein 10 cm langer, das Mesokolon durchsetzender Einriß vorfand. Besonders klein sind — im allgemeinen Hirsekorn groß — eben nach Art des Instrumentes, die Mastdarmwandverletzungen durch scharfe oder spitzige Fieberthermometer. Eine auffallende Abweichung davon bietet hier wiederum der schon oben berichtete eigene Fall; es ist deshalb auch noch ein Zweifel berechtigt, ob diese große Verletzung nicht doch von einem anderen nicht geklärten Eingriff stammt.

Wollen wir nun endlich den Sitz der Perforationsöffnungen beschreiben, so ist wiederum eine Einteilung nach den verwendeten Instrumenten zu beachten. Nach der Art seines Zweckes sind die Perforationen mittels Rektoskopes diejenigen, die am höchsten sitzen. So hat als besonders gefährdete Stelle nach den vorgekommenen

Fällen die Gegend der Umschlagstelle des Peritoneums, die vordere Wand des oberen Rektumabschnittes zu gelten. Sitzt die Perforation noch höher, so kommt als nächste Gefahrenzone die Flexura sigmoidea in Betracht und zwar die Ansatzstelle des Mesenteriums. Die von allen in der Literatur angegebenen Fällen am höchsten sitzende Perforation ist die von Clairmont beschriebene Divertikelperforation bei Rektoskopie, bei der die Verletzung über dem Promontorium, ebenfalls am Mesenterialansatz gelegen ist. Das eine ist jedenfalls allen Rektoskopperforationen gemeinsam, daß sie immer direkt in die Bauchhöhle hinein erfolgen. Ebenso ist in den meisten Fällen die Vorderwand des Darmes betroffen; als besonderer Fall gilt wiederum ein eigener später ausführlich beschriebener, bei dem die Perforation durch die Hinterwand direkt in das retroperitoneale Gewebe ging. Zahlenmäßig am meisten gefährdet erscheint die Gegend im S-Romanum zwischen seinen zwei fixierten Stellen.

Bei allen anderen gelegentlich zu einer Verletzung der Darmwand führenden Instrumenten sitzt im allgemeinen die Perforationsöffnung näher dem Analring. Es sind wohl noch mehrere Fälle beschrieben, bei denen auch hier die freie Bauchhöhle betroffen wurde, doch drang das Instrument in der größeren Anzahl nur in das subperitoneale Gewebe ein. Daß natürlich auch hier die Folgen (Infektion) außerordentlich ungünstige sein können, wird an anderer Stelle noch besprochen werden. Die durch Fieberthermometer oder Klystierspritzenansatz z. B. verursachten Perforationsverletzungen sitzen im allgemeinen wenige cm (3—5) über dem Analring, d. h. noch in der sogenannten Ampulle. Eine genaue Angabe, ob in der vorderen oder hinteren Darmwand, ist in den meisten Fällen der Literatur nicht vorhanden. Vorgekommen sind jedenfalls schon beide Lokalisationen. Nach der Lage der anatomischen Verhältnisse ist aber anzunehmen, daß die Mehrzahl der Perforationen die vordere Wand trafen, einerseits bedingt durch die schon bei den Thermometerverletzungen erwähnte, beim Mann durch die Prostata als Gegenpol gegebene Gleitbahn, anderseits dürfte aber der Verlauf des Enddarmes die Gefahr einer Verletzung dadurch erhöhen, daß der über die Sachlage Unkundige das starre Instrument nicht in der gebotenen Richtung gegen das Kreuzbein nach hinten zu einführt, sondern gerade nach oben und damit auf die vordere Darmwand trifft.

Die Lage der zwei erwähnten ganz außergewöhnlichen Darmperforationen vom Uterus aus durch Polypenzange und der einen, die durch einen Katheter nach Durchstoßung der Urethra zustande kamen, braucht nicht weiter erörtert zu werden, da sie durch die Technik ihrer Entstehung schon gekennzeichnet sind. Zu erwähnen bleibt noch, daß die Mehrzahl der Perforationen Männer betroffen hat: Von 30 Fällen, bei denen die nötigen Angaben zu finden waren, trafen 17 auf Männer und 13 auf Frauen.

Wie steht es nun mit der Erkennung der vorgekommenen Verletzungen und Perforationen des Enddarmes? Nichtperforierende Schleimhautverletzungen werden ja, wenn sie überhaupt Gefahrenmomente in sich schließen, in diesem Punkte wenig Schwierigkeiten bieten, weil sie ja in den meisten Fällen, wie die Fieberthermometerverletzungen zeigen, durch Blutungen direkt oder durch Blutbeimengungen zum Stuhl gekennzeichnet sind. Von vornherein nicht von Bedeutung sind jene leichten Schleimhautabschürfungen, die nur zu kleineren Blutungen führen und bei instrumentellen Eingriffen im Enddarm wohl öfter vorkommen. Es sei dabei wieder auf die Fieberthermometerverletzungen verwiesen, die als solche z. B. in der pathologischen Abteilung des Karolinske Institutes erst aufgefunden wurden, als die durch andere Krankheiten ad exitum gekommenen Patienten genauestens (einschließlich der Rektalinspektion!) seziert wurden. Bei Blutungen aber kann sich bereits dadurch eine diagnostische Schwierigkeit einstellen, daß sich das ausfließende Blut in der Ampulle ansammelt, also nicht nach außen abgeht; damit fehlt aber ein alarmierendes Symptom und die Diagnose der Verletzung wird verzögert.

Wesentlich anders gestalten sich nun die Dinge bei der vollendeten Perforation. In vielen Fällen gibt ja der dabei meist auftretende plötzliche heftige Schmerz einen Fingerzeig für die Diagnose. Doch ist dies offenbar durchaus nicht immer der Fall; es sind im Gegenteil eine Reihe von Fällen beschrieben, bei denen eine akute Schmerzempfindung nicht vorhanden war. Wenn man dazu noch rechnet, daß die Perforation im Gegensatz zu vielen anderen einfacheren Verletzungen der Darmwand gar nicht oder nur ganz wenig zu Blutungen führt, so ist die sofortige Erkennung derselben schon wesentlich erschwert.

Bei den Perforationen durch das Rektoskop war ja nun die Verletzung bei einer Reihe von Fällen sofort im Blickfeld des Rektoskopes zu sehen — ja es sind einige Fälle bekannt, bei denen plötzlich der Appendix im Gesichtsfeld erschien —, aber es ist auch schon des öfteren vorgekommen, daß die Perforationsöffnung infolge ihrer Kleinheit oder ihrer in einer Falte versteckten Lage nicht bemerkt wurde. Besonders ungünstig ist die Lage natürlich, wenn die Mastdarmperforation unter der Hand eines Laien geschah und die Diagnose nicht durch das Anzeichen der Schmerzempfindung gestellt werden konnte, sodaß nicht gleich ein Arzt zu Rate gezogen wurde. Denn wird es erst durch die Folgeerscheinungen (Bauchfellreizung!) dem Laien offenbar, daß irgend etwas nicht in Ordnung ist, dann vergeht meistens noch kostbare Zeit, bis weitere Maßnahmen getroffen werden können und in den meisten Fällen wird eine Hilfe dann schon zu spät kommen! Denn sowohl die durch eine extraperitoneal, wie auch die durch intraperitoneal gelegene Perforation gezeitigten Folgen

sind letzten Endes immer entzündlich-infektiöse Prozesse, die nur durch sofortige operative Maßnahmen die Möglich einer Heilung bieten.

Um nun einerseits ein zusammenhängendes Bild des bisher bearbeiteten Materials zu geben, anderseits aber doch die Entwicklung der Folgeerscheinungen an Hand der Fälle anschaulich zu schildern, seien im Folgenden die zwei eigenen Fälle von Perforation mittels Rektoskopes beschrieben:

I.

In einem Fall handelt es sich um einen 58jährigen Patienten, der am 18. Oktober 1935 wegen einer akuten fieberhaften Erkrankung (Gesichtsrose) im Krankenhaus aufgenommen wurde. Diese verheilte im Laufe von ungefähr drei Wochen, dagegen litt der Patient, wie auch schon früher, so auch jetzt wieder an Verstopfung. Als er nun bereits aus dem Krankenhause entlassen werden sollte, verlangte er selbst wegen seiner dauernden Verdauungsstörungen und Verstopfungen noch einmal mit dem Mastdarmspiegel untersucht zu werden, was auch früher andernortes geschehen war. Auf Anordnung des Chefarztes wurde die Untersuchung am 23. Januar 1936 von einem in der Methode angeblich erfahrenen Assistenten vorgenommen. Der Kranke wurde wie üblich zur Rektoskopie vorbereitet, der Darm durch einen Einlauf entleert, der Patient urinierte vorher noch. Zu der Rektoskopie nahm er auf dem Untersuchungstisch die Knieellenbogenlage ein. Die Ausführung der Untersuchung war — nach der Krankengeschichte — folgende: Einführung des Tubus mit Obturator in annähernd horizontaler Richtung. Der Arzt stand dabei auf der linken Körperseite des Kranken. Etwa bei der Marke 8 oder 9 war ein Widerstand zu spüren. Der Obturator wurde daraufhin entfernt. Dabei kam noch dünnflüssiger Stuhl aus dem Tubus, worauf der Darm mit einem an einem gewöhnlichen Watteträger befestigten Gacebausch mehrmals gesäubert wurde. Dann Einführen der Lichtquelle, Anschluß des Gebläses und Verschluß des Tubus mit dem Fenster. Darauf wurde das Rektoskop vorsichtig unter der Leitung des Auges und unter mehrmaligem Aufblasen des Darmes langsam weitergeführt. Bei etwa der Marke 13 oder 14 erneuter Stopp! Der Darm wurde abermals mit dem Wattebausch gesäubert und nun nach allen Seiten hintastend versucht unter Zuhilfenahme des Gebläses den Tubus weiter vorzuschieben, was nach einiger Zeit auch gelang. Das Rektoskop wurde dann noch bis zur Marke 20 weitergeführt und dann wieder vorsichtig zurückgezogen. An der dem Einblick zugänglichen Darmschleimhaut fiel dem Untersuchenden nirgends etwas abnormes auf.

Während der ganzen Untersuchung war der Kranke sehr unruhig. Er mußte dauernd zum Stillhalten aufgefordert werden, da er wiederholt versuchte sich aus seiner Knieellenbogenlage plötzlich aufzurichten.

Zu irgend einer auffälligen akuten Schmerzäußerung kam es von Seiten des Kranken während der ganzen Rektoskopie angeblich nicht. Etwa zwei Stunden später besuchte der die Rektoskopie ausführende Arzt den Patienten an seinem Bett. Der Puls war gut, der Leib nicht gebläht und nirgends druckschmerzhaft. Der Kranke klagte angeblich über keinerlei Leibschmerzen.

Nun weiter in der Krankengeschichte des Krankenhauses:

Die Rektoskopie war — wie erwähnt — am 22. Januar um 16.30 Uhr ausgeführt worden. In der folgenden Nacht jedoch traten Leibschmerzen auf und am anderen Tag war das Abdomen aufgetrieben. Es bestand Druckschmerhaftigkeit, besonders im rechten Unterbauch. Ausgesprochen peritonitische Erscheinungen konnten zunächst nicht festgestellt werden. Stuhl und Winde gingen aber nicht ab. Man dachte zuerst an einen Ileus. Erst in den nächsten Stunden verdichtete sich das Krankheitsbild nach einer Peritonitis zu. Daraufhin erfolgte am 23. Januar im Einverständnis mit dem Patienten sofortige Operation (Laparatomie). Dabei zeigte sich kleine Perforation, wohl aber im parietalen Peritoneum etwa an der linken Darmbeinschaufel ein kleiner „Schlitz", durch den Exsudat aus dem extraperitonealen Raum in den intraperitonealen eintrat (Operationsbericht). Eine ausgesprochene Peritonitis konnte noch nicht festgestellt werden. Während der Operaion schlechteste Atmung bei geringem Verbrauch des Narkosemittels. Exitus wenige Stunden nach dem Eingriff (23. Januar).

Da ein nicht natürlicher Tod vorlag, erfolgte ordnungsgemäß Anzeige an die Staatsanwaltschaft, welche die gerichtliche Sektion der Leiche anordnete. Diese fand am 25. Januar 1936 (L. L. 26/36) im gerichtlich-medizinischen Institut statt und hatte folgendes Ergebnis:

A. Äußere Besichtigung der Leiche.

Männliche Leiche, 84 kg schwer, 171 cm groß. Totenstarre in den oberen und unteren Gliedmaßen noch ausgeprägt, in den abhängigen Partien mit Ausnahme der Aufliegestellen dunkelviolette Totenflecke.

Lippen leicht geöffnet; Zahnreihen geschlossen, beim Umdrehen der Leiche entleert sich aus dem Mund eine rotbräunliche, wässerige Flüssigkeit, die die rechte Gesichtshälfte und Ohrläppchen bedeckt. Hals o. B., Brustkorb gut gewölbt.

Bauchdecken gespannt, über den Unterleib spannt sich ein kunstgerechter Heftpflaster- und Gazeverband. Nach Abnahme dieses Verbandes zeigt sich, daß die Schamhaare rasiert sind. Vom Nabel bis zur Schamfuge zieht sich eine mit 14 Nähten verschlossene scharfrandige, ihrem Aussehen nach operativ gesetzte Wunde. Von dieser Wunde

zieht an der Grenze zwischen unterem Drittel der Operationswunde zwischen Schamfuge und Nabel in gerader Richtung nach links außen eine weitere mit sieben Nähten versorgte, 6 cm lange Operationswunde. Im äußeren Teil der eben beschriebenen Operationswunde finden sich zwei eingelegte Gummidrains und außerdem Gace, die in der Bauchhöhle als Tamponade versenkt ist. Die herausgenommene Gace ist rotgelblich verfärbt, sie weist einen üblen Geruch auf.

Der Hodensack ist eingetrocknet, sonst sind die Geschlechtsteile o. B. Aus dem After entleert sich dünnflüssiger, bräunlicher Kot.

Obere und untere Gliedmaßen o. B.

B. Innere Besichtigung.

I. Brust- und Bauchhöhle.

Fettgewebe an Brust- und Bauchwand sehr reichlich entwickelt; die Muskeln zeigen eine braunrote Farbe. Entsprechend der bei der äußeren Besichtigung beschriebenen operativ gesetzten Wunden zeigt sich, daß die Bauchdecken bezw. die Muskulatur mit Catgutnähten versorgt sind. Das Netz zeigt einen sehr reichlichen Fettgehalt.

Die Dick- und Dünndarmschlingen sind mäßig gebläht, die Blutgefäße sind stark gefüllt, die Darmschlingen erhalten dadurch stellenweise ausgesprochen rosarote Farbe. Der Überzug der Darmschlingen ist trübmatt. Vereinzelt zeigen sich auch dünne, streifenförmige, gelbliche Beläge, an einzelnen Stellen ist besonders der Dünndarm flächenförmig, bis Bohnengröße dunkelbläulich verfärbt, ebensolche Verfärbungen zeigen sich auch am Bauchfell; in der Bauchhöhle und besonders im Beckenraum findet sich wenig rötliche, wässrig trübe, mit Fettröpfchen durchsetzte Flüssigkeit; der Wurmfortsatz ist frei. Zwerchfellstand rechts unterer Rand, links oberer Rand der 5. Rippe.

a) Brusthöhle.

Die linke Lunge ist an der Spitze bezw. seitwärts mit der Brustwand verwachsen, ebenso mit dem Zwerchfell. Die rechte Lunge ist frei. Beide Brusträume sind leer, der Herzbeutel ist stark mit Fett bewachsen, ebenso das Herz, im Herzbeutel findet sich rötlich wässrige Flüssigkeit in geringer Menge.

Die Zunge ist mit einer bräunlichen schmierigen Lage bedeckt, beide Mandeln von entsprechender Größe, auf Druck entleeren sich schmierige Pfröpfe. Beide Schilddrüsenlappen nicht vergrößert, blutreich. Die Lymphapparate am Zungengrund etwas vermehrt.

Im unteren Teil der Speiseröhre ebenfalls ein gelbbrauner Belag, Schleimhaut aufgelockert, weich, löst sich bereits teilweise fetzig ab. In der Luftröhre kein Inhalt, düster rot, bei Druck auf die Lunge entleert sich aus den Luftröhrenästen eine dunkelrötliche, schaumige Flüssigkeit; Gabelungsdrüsen nicht vergrößert.

Das Herz hat die Maße 12 : 4,5 : 14 cm, es ist schlaff, reichlich mit Fett bewachsen, in den Herzhöhlen befindet sich reichlich flüssiges Blut. Die Klappen zeigen wenig Einlagerungen. Die Sehnenfäden sind etwas verkürzt, die Kranzgefäße sind zart, ohne Einlagerungen, am Bogen der großen Körperschlagader zeigt sich eine kleinbohnengroße gelbliche Einlagerung. Die Elastizität der großen Körperschlagader ist dem Alter entsprechend. Das foramen ovale ist geschlossen, der Herzmuskel zeigt eine rotbräunliche Farbe. Sämtliche Lungenlappen fühlen sich wenig lufthaltig und schlaff an, auf Durchschnitt zeigen sie eine schlaffe Konsistenz, das Gewebe ist überall von einer dunkelrötlichen Farbe, es entleert sich dunkelrötliche, wenig lufthaltige Flüssigkeit.

b) Bauchhöhle.

Die Milz wiegt 100 Gramm. Kapsel derb, das Gewebe erweicht, Einzelheiten nicht mehr erkennbar. Die Leber fühlt sich derb an, sie zeigt eine höckerige Beschaffenheit, die Farbe ist schmutzig gelb. Auf Durchschnitt zeigt das Gewebe eine mehr rötlichgelbe Farbe, es ist derb, hart, das Stützgewebe ist deutlich vermehrt, in der Gallenblase findet sich etwas grünliche, wässrige Galle. Pankreas normal.

Zum Zwecke der genaueren Feststellung der Durchstoßung des Dickdarms werden die oberen Darmschlingen zuerst entfernt, sodaß sich nur mehr die untersten Teile des Dickdarms in der Bauchhöhle befinden. Diese unteren Dickdarmschlingen werden in der Bauchhöhle eröffnet. Hierbei zeigt sich, daß sich am Übergang des Rektums zur S-förmigen Dickdarmschlinge an der Rückwand an der linken Seite eine etwa pfennigstückgroße Durchtrennung der Hinterwand des Dickdarmes befindet, die nicht in die freie Bauchhöhle führt, sondern in ihrem Verlauf in dem lockeren Gewebe hinter dem Bauchfell endet. Das letztere Gewebe ist hier jauchig zerfallen, auf Einschnitt entleert sich gelbbräunliche, kotig riechende Flüssigkeit, die teilweise mit Kotpartikelchen und Nahrungsteilchen durchsetzt ist. Die Öffnung liegt, wie später festgestellt wurde, 19 cm oberhalb des Afters (Slg. Präp. Nr. 1491).

Im Magen findet sich etwas grünlich wässrige Flüssigkeit; die Schleimhaut ist blaßgrau, unverändert. Die Dünndarmschlingen enthalten grünlichen, breiigen Kot; vereinzelt finden sich an den Dünndarmschlingen rotbräunliche Verfärbungen von flächenförmiger Beschaffenheit, die auf Einschnitt sich als Wandblutungen herausstellen. Der Wurmfortsatz ist frei, die Lymphapparate im untersten Dünndarmabschnitt sind nicht vermehrt.

Im Dickdarm findet sich sonst so gut wie gar kein Inhalt, die unteren Partien sind vollkommen leer, die Schleimhaut ist blaß, in den untersten Teilen sind die Venen etwas erweitert. Ruhrgeschwüre oder Narben sind in dem gesamten Dickdarmabschnitt nicht nachweisbar.

Nur 17 cm oberhalb der Afteröffnung, also 2 cm unter dem vorher beschriebenen Loch findet sich noch ein zweiter umschriebener, vielzackiger, etwa gerstenkorngroßer Schleimhautdefekt mit gerötetem Grund vor.

Die Kapsel beider Nieren ist gut abziehbar, Nierenkelche nicht erweitert, Nierenzeichnung gut erkennbar. Das Mark der beiden Nebennieren bereits faulig erweicht, die Rinde von schmutzig gelber Farbe.

Blase leer; Geschlechtsorgane normal.

II. Kopfhöhle.

Es ist nicht notwendig hier eine genaue Beschreibung darzubieten, da ein besonderer Befund nicht zu erheben war.

Es möge nun noch ein Auszug aus dem vorläufigen Gutachten folgen:

I. Die Leichenöffnung hat eine Perforation an der Rückwand des Dickdarms am Übergang des Mastdarmes in den S-förmigen Teil des Dickdarms ergeben und hievon ausgehend eine jauchige Entzündung des retroperitonealen Gewebes, sowie eine im Anfangsstadium befindliche Bauchfellentzündung.

II. Als Todesursache ist die jauchige Entzündung im retroperitonealen Gewebe, sowie die beginnende Bauchfellentzündung anzusprechen, wobei bemerkt werden muß, daß offenbar eine krankhafte Leibesbeschaffenheit des Verstorbenen den Eintritt des Todes beschleunigt hat.

Zusammenfassend ist also nunmehr Folgendes festzustellen:

Durch die Instrumentalperforation des S-Romanum an seiner Hinterwand wurde eine direkte Verbindung des Darmrohres mit dem lockeren Bauchfellbindegewebe geschaffen. So kam es, daß sich eine kotigjauchige Entzündung in der linken Hinterwand der Leibeshöhle entwickeln und ausbreiten konnte, während sich eine ausgesprochene Bauchfellentzündung von Anfang an nicht entwickelte, weil eben die Perforation nicht intraperitoneal zu liegen kam. Es ist diese Feststellung von Bedeutung für die später folgende gerichtsmedizinische Würdigung.

Im Anschluß daran soll nun auch der zweite eigene Fall beschrieben werden, bei dem es gleichfalls bei der Rektoskopie zu einer Mastdarmperforation mit tötlichem Ausgang kam.

II.

Vorgeschichte:

Die 46jährige sonst gesunde Patientin F. M. klagte seit 1936 über Unregelmäßigkeiten des Stuhlgangs. Die Krankheitserscheinungen waren aber immerhin nur so, daß der Stuhl etwa 1—2 Tage aussetzte. Als im Herbst ab und zu mit dem Stuhlgang etwas Schleim abging, hat sie sich in Behandlung des Dr. H. begeben (Oktober 1936—Anfang 1937), ohne daß die Erscheinungen sich besserten. Der Arzt stellte fest, daß offenbar ein alter Darmkatarrh vorlag. Frau F. begab sich dann in Behandlung des Dr. S., der sie ihrem schlechten Ernährungszustand entsprechend behandelte. Sie wurde von ihm zum Röntgenologen geschickt, der nach seiner Durchleuchtung eine Untersuchung mit dem Mastdarmspiegel für notwendig erklärte, da der Befund für einen Krankheitsprozeß sprach. Daraufhin wurde die Patientin zu Dr. X. geschickt, der die Patientin entsprechend vorbereiten ließ und daraufhin am 11. März 1937 vormittags 9 Uhr die Rektoskopie in einer Privatklinik vornahm. Die Untersuchung wurde in Knieellenbogenlage vorgenommen, das Rohr eingeführt und mittels des Gebläses der Darm aufgebläht. Bei der Untersuchung gab es, wie Dr. X. selbst angab, ohne daß er Gewalt anwendete, einen „Ruck", sodaß er momentan an eine Durchstoßung der Darmwand dachte. Er hatte aber daraufhin nicht das Gefühl in einem freien Raum (Bauchhöhle) sich zu befinden, sondern war der Ansicht, daß er das Rohr doch weiter in der freien Darmlichtung hatte. Es trat eine leichte Blutung auf, die dem Arzt auffiel. Dr. X. glaubte eine Krebsgeschwulst festgestellt zu haben.

Die Frau klagte schon nach der Untersuchung über erhebliche Schmerzen, was nach der späteren Angabe des Dr X. bei dieser Untersuchungsmethode, wenn Verengerungen — wie er sie auch hier annahm — vorhanden sind, die bei der Rektoskopeinführung gedehnt werden, häufiger der Fall ist. Er gab ihr zur Schmerzstillung Veramontabletten, bestellte sie für den 15. oder 16. März wieder zu sich und ließ sie mit der Trambahn heimfahren.

In er Tat ist nun aber die Frau zuhause schwer erkrankt angelangt. Ihre Schwester rief am gleichen Tag noch um 17 Uhr bei Dr. X. an, konnte ihn aber nicht sprechen, sondern nach Angabe der Sprechstundenhilfe erst um 19 Uhr 30 und letztere erklärte, man solle der Patientin einstweilen weiter die Tabletten geben. Um 19 Uhr 30 wurde Dr. X. wieder angerufen wegen der ständig zunehmenden Schmerzen. Dieser billigte die ihm mitgeteilten Anordnungen der Sprechstundenhilfe und bestellte die Frau für den nächsten Tag zu sich. Als man die Unmöglichkeit dieser Anordnung einwendete, meinte Dr. X. sie könne ja am Vormittag außerhalb der Sprechstunde kommen.

Die folgende Nacht war schlimm, die Schwester der Frau verließ diese um 20 Uhr und fand sie am nächsten Tag um 15 Uhr im gleichen

schlechten Zustand wieder. Die Frau klagte über hochgradige Bauchdeckenspannung und daß sie kaum atmen konnte. Deshalb wurde um 15 Uhr 45 bei Dr. X. wieder angerufen und er wurde ausdrücklich gebeten zu kommen. Dieser hatte aber wegen der Sprechstunde offenbar keine Zeit, ließ sich aber einen von den Angehörigen in seine Wohnung kommen um der Kranken etwas (Morphiumtropfen) zu verschreiben. Am Schluß des Gespräches regte er nochmals an, daß die Patientin am Montag, den 15. zu ihm kommen solle.

Am Samstag, den 13. März entstanden schon wieder früh 8 Uhr erhebliche Schmerzen, die vorher auf die von Dr. X. verschriebenen Tropfen weniger geworden waren. Auf den am Nachmittag vorher von Dr. X. persönlich gegebenen Rat wollte der Ehemann der Frau einen Kamilleneinlauf machen, was jedoch wegen der Schmerzen nicht möglich war. Er kam dabei nur wenige cm mit dem Röhrchen in den Mastdarm. Es wurde nun ein anderer Arzt (Hausarzt) gerufen, der beim zweiten Besuch eine Einweisung in das Krankenhaus anregte und sich telephonisch mit Dr. X. besprach. Dabei äußerte der Hausarzt den Verdacht eines Darmverschlusses. Nachdem sich der Zustand der Patientin weiter verschlimmerte, bot sich das Bild einer Peritonitis und der Hausarzt nahm nun den Verdacht auf, es möchte sich um eine Perforation des Mastdarmes handeln. Am 14. März nun vormittags wurde die Patientin in das Krankenhaus wegen einer Bauchfellentzündung eingewiesen und am gleichen Tag noch operiert. Dabei wurde eine schwere offenbar vom Beckenraum ausgehende Peritonitis festgestellt, der Ausgangspunkt derselben jedoch nicht nachgewiesen. Die Frau starb am 17. März.

Die außergerichtliche Sektion wurde, als eine tief im Becken sitzende Dickdarmperforation vom Prosektor gefunden wurde, sofort unterbrochen und ordnungsgemäß Anzeige erstattet. Es erfolgte die staatsanwaltschaftlich angeordnete gerichtliche Sektion, vorgenommen im gerichtlich-medizinischen Institut München.

Bericht der gerichtlichen Sektion (18. März 1937, L. L. 95/37):

A. Äußere Besichtigung.

152 cm lange, 42 kg schwere weibliche Leiche, 46 Jahre alt, stark abgemagert. Totenstarre noch vorhanden, Totenflecken im Rücken und den abhängigen Partien mit Ausnahme der Aufliegestellen; um den After angetrocknetes Blut, der ganze After ist durchschnitten zum Zwecke der Entnahme des Mastdarms. Im übrigen ist die Leiche seziert. Auf der rechten Seite der Bauchhaut sieht man eine frische Laparatomiewunde, die durch Nähte zusammengehalten war, die jetzt entfernt sind. Die Operationswunde ist in ihrer Tiefe schmutzig belegt und

mißt 17 cm. In der Bauchhöhle liegen Darmteile vor, deren Oberfläche vertrocknet ist. Das Brustbein ist mit den Rippen wie üblich ausgelöst, darunter liegen Organteile, deren Oberflächen ebenfalls vertrocknet sind.

Die Halsorgane sind entfernt, d. h. sie sind anscheinend mit den Brustorganen ausgelöst. Die Muskulatur der Arme ist wie die der Beine gering entwickelt, die Hautfarbe des Gesichtes ist etwas gelblich, die Wangen eingefallen, die Nase spitz, die Augen liegen tief in den Höhlen.

B. Innere Besichtigung.

I. Brust- und Bauchhöhle.

a) Brusthöhle.

In der Brusthöhle befinden sich bereits herausgeschnitten die Organe der Brust- und Bauchhöhle. Die Lungen, die Organe der Mund- und Rachenhöhle, ebenso die Speiseröhre und die Luftwege sind ohne besonderen Befund, die Schleimhäute sind sehr blaß, ebenso die etwas kleinen Schilddrüsenlappen, deren Gewebe etwas bindegewebig verdichtet ist. Das Herz ist etwas kleiner als die Leichenfaust und fest zusammengezogen. Es hat Tropfenform, in beiden Herzkammern ist kein Inhalt, die Muskulatur zeigt dunkelbraune Farbe. Die Vorhofscheidewand ist geschlossen, die Klappenapparate normal, nur die zweizipflige Klappe ist etwas verkürzt. Die Brustschlagader ist im aufsteigenden Bogen etwas erweitert, im allgemeinen wenig elastisch und besonders im absteigenden Teil, aber auch dicht über den Lappen etwas fleckig verfettet. Die Herzschlagadern sind entsprechend der Größe des Herzens ziemlich eng.

b) Bauchhöhle.

Die Milz ist klein, ziemlich blutreich, Gewicht 100 g, die Schnittflächen trocken.

Die Leber ist schokoladefarbig, die Läppchenzeichnung wenig deutlich. In der Gallenblase ungefähr 2 Eßlöffel braungelber, dickflüssiger Galle. Die Beckenorgane sind samt den Nieren im Zusammenhang herausgeschnitten, daher ist die untere Blutader vollständig leer, ebenso die Bauchschlagader, letztere zeigt ebenso wie die absteigende Brustschlagader unregelmäßige fettige Flecken. In der Umgebung des Mastdarms findet sich das lockere Bindegewebe blutdurchtränkt.

Die beiden Nieren sind von entsprechender Größe, mittlerer Blutfüllung, Rinde und Mark deutlich zu unterscheiden, Nierenbecken leer, Schleimhaut grauweiß, Nebennierenrinde fettarm, Mark dunkelbraun, Kapsel der Nieren gut abziehbar.

Magen, Speicheldrüse und Zwölffingerdarm sind im Zusammenhang entnommen. Die Bauchspeicheldrüse zeigt ein ziemlich festes

Gewebe, lappenförmig. Der Magen enthält etwa 50 ccm einer schmutzig-braunroten Flüssigkeit, Schleimhaut des Magens leicht verdickt mit feinen warzenförmigen Erhebungen. Im Duodenum etwas Schleim von schmutzig-grüner Farbe. Nirgends geschwürige Veränderungen.

Harnleiter und Blase o. B.

Der Bauchfellüberzug der Gebärmutter zeigt eine schmutzige, graugrüne Faserstoffauflage, ebenso auch die beiden Mutterbänder, die Eileiter und die beiden Eierstöcke, ebenso auch auf der Außenseite des Mastdarms der Bauchfellüberzug mit dem gleichen dicken graugelblichen Faserstoff belegt. Die Schleimhaut des Mastdarms ist von der Afteröffnung bis ziemlich weit nach oben dunkelrot verfärbt, er enthält etwas schmierigen Kot. 15 cm von der Mastdarmöffnung entfernt findet sich in der Vorderwand des Mastdarms bezw. an dessen Übergang in die S-förmige Dickdarmkrümmung eine schlitzförmige Öffnung in der Achse des Darmrohres, 14 mm lang, die Umgebung dieser Öffnung blutunterlaufen, nach rechts von der Öffnung findet sich eine etwa weizenkorngroße fest anhaftende Schleimhauteinlagerung, offenbar von Faserstoff; nach unten zu zeigen sich gleichfalls an der Vorderwand noch vereinzelte kleinere Blutungen und an einer Stelle eine weitere hirsekorngroße Faserstoffauflagerung offenbar auf einem kleinen oberflächlichen Schleimhautgeschwür aufgelagert; bei der Betrachtung der schlitzförmigen Öffnung vom inneren Beckenraum aus zeigt sich, daß an den Rändern die schwarzrot verfärbte Schleimhaut sich wulstförmig über die Öffnung im Bauchfell herausschiebt, besonders deutlich auf der rechten Seite. Die Öffnung liegt ungefähr 3—5 cm oberhalb der tiefsten Stelle des Douglas'schen Raumes und etwas rechts von der Mittellinie. Weder im Mastdarm, noch in dem nach oben anschließenden Teil des S-Romanum findet sich ein Krebsgeschwür, sondern überall ist die Schleimhaut jetzt nur stark gerötet und aufgelockert. Sie scheint auch von normaler Dicke, keineswegs besonders dünn, sie zeigt die normale samtartige Beschaffenheit. Im Bereich der S-förmigen Krümmung ist der Darm bei der Vorsektion bereits quer abgeschnitten worden. Die anschließenden Teile des S-Romanum und des links absteigenden Dickdarmes zeigen keine krankhaften Veränderungen außer — wie beim untersten Dickdarm — die starke Rötung und Auflockerung der Schleimhaut, keine Geschwürprozesse irgendwelcher Art. Der ganze Dickdarm ist ebenso wie der Dünndarm seines Inhalts entleert, die Schleimhaut des queren und aufsteigenden Dickdarms ist weniger gerötet, die des Blinddarms ist direkt blaß.

Im untersten Dünndarm, direkt vor der Klappe sind die Lymphapparate nicht verändert. Es findet sich hier eine etwa bohnengroße Schleimhautblutung, etwa 30 cm nach oben findet sich nochmals eine etwa mandelgroße Blutunterlaufung unter der Schleimhaut, die auch

durch den Bauchfellüberzug sichtbar ist. Der Appendix ist bereits bei der Vorsektion eröffnet worden, er ist außen ebenfalls wie das Bauchfell des Dünndarmes da und dort mit graugrünem Faserstoff belegt. Die Schleimhaut ist nur wenig gerötet und zeigt ebenfalls kein Geschwür (Slg. Präp. Nr. 1489).

II. Schädelhöhle.

Es ist auch in diesem Falle nicht notwendig, eine genaue Beschreibung darzubieten, da ein besonderer Befund nicht zu erheben war.

Vorläufiges Gutachten.

I. Die Nachsektion hat ergeben, daß die sezierte Frau verstorben ist an einer akuten Bauchfellentzündung, die ihren Ausgang genommen hat von einer kleinen, die Darmwand völlig durchsetzenden Rißquetschwunde am Übergang des Mastdarms in die S-förmige Dickdarmkrümmung, frei in den Beckenraum einmündend.

II. Die übrigen Organe der Brust- und Bauchhöhle zeigten keine krankhaften Veränderungen.

III. Offenbar litt die Verstorbene an einer katarrhalischen Entzündung des unteren Dickdarmabschnittes.

IV. Nach den vorliegenden polizeilichen Erhebungen muß angenommen werden, daß die Durchstoßung des Dickdarmes gelegentlich einer Untersuchung durch Dr. X. zustandegekommen ist. Die Frage, ob diese Verletzung durch fahrlässige Ausführung der Untersuchung eingetreten ist, muß erst durch weitere Erhebungen von Seite des genannten Arztes erklärt werden.

V. Krebsige oder sonstige Geschwürsprozesse der Darmschleimhaut haben sich an der Durchbruchstelle und in deren Umgebung jedenfalls bei der Sektion nicht ergeben.

Zusammenfassend ist also für diesen zweiten Fall festzustellen, daß bei einer instrumentellen Untersuchung mit dem Rektoskop eine komplette Mastdarmwandurchstoßung in den freien Bauchraum erfolgte, die wegen zu spät erfolgter Laparatomie zum Tod an akuter Peritonitis geführt hatte; zwei mit Fibrin bedeckte kleinere Schleimhautdefekte sind offenbar auch bei der rektoskopischen Untersuchung zustandegekommen; sie sind aber bedeutungslos für den tödlichen Ausgang gewesen.

Wie die in dem ersten Fall gezeitigten klinischen und anatomischen Folgen in großen Zügen für alle schweren Fälle von extraperitonealer

Perforation gelten können, so gilt dasselbe vom zweitbeschriebenen Fall für die intraperitonealen Mastdarmwanddurchbohrungen. Glücklicherweise konnte aber ein Teil der in der Literatur beschriebenen und zeitig genug operierten Fälle am Leben erhalten werden.

Ganz allgemein gilt dafür folgendes: Wenn einmal eine Perforation nicht schon sofort beim Zustandekommen vom Arzt erkannt wurde, so treten in den meisten Fällen doch bereits nach wenigen Stunden die ersten klinischen Krankheitserscheinungen auf; zumal ist dies bei den intraperitonealen Verletzungen der Fall, wo die schnell alarmierende Peritonitis (Leibschmerzen, Bauchdeckenspannung, Darmlähmung etc.) die Indikation zur sofortigen Laparatomie stellt. Denn diese gibt im allgemeinen die einzige Möglichkeit einer Rettung, damit aber freilich noch lange keine Sicherheit der Heilung. Von 11 Fällen der Literatur, die sofort oder nur wenige Stunden nach erfolgter Perforation laparatomiert wurden, sind 6 geheilt worden, während 5 zum Teil schon nach wenigen Stunden, zum Teil auch nach wenigen Tagen und in einzelnen Fällen auch erst nach wenigen Wochen ad exitum kamen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist ja gerade der Zeitraum, welcher zwischen der Perforation und der Operation vergangen ist, da jede Stunde Verlängerung derselben den prozentualen Satz der Mortalität ganz erheblich erhöht.

Ich möchte hier auf eine bei Kirschner angegebene Statistik hinweisen, welche sich auf über 10 000 Fälle erstreckt, die alle anläßlich Dickdarmverletzungen laparatomiert wurden:

Laparatomie nach	10	Stunden:	Mortalität	25%
„ „	24	„ :	„	45—87%
„ „	48	„ :	„	66—100%.

Die Folgen bei extraperitonealen Perforationen sind naturgemäß andere, wie das ja auch der zuerst beschriebene eigene Fall klar darstellt; nur in einigen wenigen Fällen ist es im Verlauf der dabei durch die Verwundungen bedingten Krankheitserscheinungen auch direkt zu Peritonitis gekommen. Die Perforationsfolgen treten vielmehr dabei naturgemäß zunächst im extraperitonealen Bindegewebe der linken hinteren Bauchwand selbst auf, es können aber dort selbst außerordentlich schwere kotige Phlegmonen entstehen. Von Bedeutung dabei ist auch, daß der größte Teil dieser Verletzungen mittels Klystierspritze gesetzt wurde und daß dabei fast immer eine mehr oder weniger große Menge der verschiedenen Flüssigkeiten ins retroperitoneale Gewebe eingespritzt wurde. Es kommt also dabei zur Entzündung des den Mastdarm umgebenden Zellgewebes und nicht selten wurde die Darmwand in dieser Gegend dann sekundär nekrotisch. — ja es sind Fälle bekannt (Dieffenbach, Wyss), bei denen nach einigen Tagen ein mehrere cm großes Stück abgestorbener Darmwand abgestoßen wurde. Es bildeten sich im allgemeinen jauchige Zerstörun

gen der umliegenden Gewebe, ja Paulicke beschreibt einen Fall, bei dem es durch fortgeleitete Entzündung gar zu einem Gangrän des Skrotums kam. Ein besonders schwerer Fall einer Perforation durch Klystierspritze ist durch Chomel mitgeteilt worden, bei dem es zu einer eitrigen Infiltration des subperitonealen Zellgewebes rechts bis zur Niere hinauf, links bis zur Fossa iliaca hinauf kam.

Den sich daraus entwickelnden Krankheitsbildern entsprechend gestaltet sich auch der Ausgang: Von 28 Fällen extraperitonealer Perforationen kamen 14 ad exitum, immerhin wurde also die Hälfte geheilt. Der Heilungsprozeß ist durchweg ein außerordentlich langwieriger. Velpeau gibt einen Fall an, bei dem eine lebenslängliche Funktionsstörung das Endresultat bildete, was nach der Schwere der vorher beschriebenen Krankheitsentwicklung nicht verwunderlich ist.

Hat man sich nun ein Bild über Entstehung und Folgen der durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgten Unglücksfälle gemacht, dann drängt sich dem Betrachter in erster Linie die Frage nach Verhütungsmöglichkeiten auf. Es ist selbstverständlich, daß diese zu allererst darin liegen, alle Möglichkeiten einer Verletzung, zumal einer Perforation von vorneherein aus dem Weg zu schaffen, soweit das überhaupt menschenmöglich ist.

Wenn z.B. auch jetzt noch derartige Verletzungen durch Irrigatoransätze vorkommen, so sollte doch der Forderung Clairmonts Folge geleistet werden und statt des starren Darmrohres aus Hartgummi — das stets eine olivenartige Endverdickung haben soll — ein weiches Gummimastdarmrohr Verwendung finden, wie das auch mancherorts der Fall ist. Die — wenigstens nach der Auslandsliteratur — sehr große Zahl der in den meisten Fällen zwar weniger gefährlichen Darmwandverwundungen durch Fiebertermometer könnte dadurch zumindest stark vermindert werden, daß man Instrumente verwendete, welche anstatt des lang ausgezogenen spitzen Quecksilberbehälters ein kugeliges Ende haben, Instrumente, wie sie von Philipsen beschrieben und von der Indusrie auch angeboten, aber offenbar wenig gekauft werden.

Die erste Voraussetzung zur Verhütung von Verletzungen mit derartigen Instrumenten (Klystierapparatur und Thermometern), die doch meistens in der Hand von Laien liegen, ist aber die Fähigkeit derjenigen Personen, diese Gegenstände auch richtig zu handhaben; es muß also besonders auf eine sachgemäße Schulung des Pflegepersonals Sorgfalt gelegt werden. Wenn bei Thermometerverletzungen im Privathaus der pflegenden Person bezw. dem Patienten selbst die bei der Einführung zu beachtende Richtungsführung erklärt wird und der Thermometer selbst fehlerfrei ist, so dürfte damit die Gefahr einer Verletzung sowieso schon auf ein Minimum herabgemindert sein.

Wesentlich vielseitiger sind dagegen die Gefahrenmomente bei dem Instrument, das — wie die Statistik zeigt — in den meisten Fällen die Perforation unter der Hand des Arztes herbeigeführt hat, nämlich beim Rektoskop. Es seien hier nur kurz die Vorsichtsmaßregeln erwähnt, die schon seit der allgemeinen Einführung der Rekto-Romanoskopie von mehreren Autoren immer wieder gefordert werden: so soll vor allem die Voruntersuchung — digital und röntgenologisch — klären, ob nicht die Rektoskopie in dem betreffenden Fall etwa kontraindiziert ist. Als Kontraindikationen gelten nach Strauß alle eine leichtere Verletzlichkeit bedingenden akut entzündlichen Zustände im Rektum und in der Flexur oder am umgebenden Peritoneum, so in Fällen von akuter Dysenterie sowie von akuter Sigmoiditis und Perisigmoiditis, ebenso muß man bei bestehenden starken Blutungen besonders vorsichtig sein. Wie die drei am Anfang erwähnten Fälle zeigen, schießen auch Dickdarmdivertikel Gefahren in sich, wobei entzündliche Veränderungen noch erschwerend wirken. Dazu kommt noch, daß Divertikelöffnungen, in denen sich das Rektoskop verfangen kann, an sich schon oft sehr schwer zu sehen sind und somit wäre schon bei Verdacht auf Divertikel besondere Vorsicht geboten.

Zur rektoskopischen Untersuchung selbst stellt Strauß folgende Leitsätze auf:

1. Zweckentsprechende Vorbereitung des Patienten.
2. Richtige Lagerung des Patienten.
3. Sachgemäße Technik der Ausführung.

Eine nähere Behandlung dieser Punkte kann im Hinblick auf die Spezialliteratur hier unterlassen werden. Besonders zu betonen ist im Anschluß an den an erster Stelle beschriebenen eigenen Fall einer Rektoskopperforation nur der obige Punkt 2. Daß die immer wieder als unumgänglich notwendige Knieellenbogenlage dabei die wichtigste Rolle spielt, braucht nicht weiters ausgeführt zu werden. Angefügt sei hier nur noch, daß auch alle Mittel angewandt werden sollen, die den zu untersuchenden Patienten an unvorhergesehenen, plötzlichen Bewegungen hindern, damit nicht auf diese Art die ganzen Gefahren einer sonst so wertvollen Untersuchungsmethode heraufbeschworen werden. Die Möglichkeit, daß eine Perforation zunächst all ihrer charakteristischen Folgen entbehrt und somit nicht in kürzester Zeit nach der Untersuchung festgestellt werden kann, macht es aber auch dringend notwendig, daß ein Patient nach der Rektoskopie genauestens überwacht wird, zumal wenn bei oder nach der Untersuchung erhebliche Schmerzen geäußert werden!

Zum leichteren und geschlossenen Überblick über die Gesamtzahl der von mir in der Literatur vorgefundenen Mastdarmperforationen folgt nun eine Tabelle, aus der die wichtigsten Angaben zu ersehen sind.

Nr.	Instrument	Darmbeschaffenheit	Sitz der Perforation	Alter	Geschl.	Operation?	Ausgang	Berichtet von:
1	Rektoskop	eitriger Belag	Übergang v. Rekt. i. S-romanum	60	m	op.	tödlich	Schmitt
2	„	Narben d. Pol.-Exst.	Hinterwand, intraperitoneal	32	w	keine	tödlich	Schreiber
3	„	Stenosen	Hinterwand, intraperitoneal	—	w	op.	Heilung	Anschütz
4	„	gesund	intraperitoneal	Mitte 60	m	op.	tödlich	Strauß
5	„	chron. Dickdarmkatarrh	20 cm oberhalb Analring	53	w	op.	tödlich	Sultan
6	„	—	S-Rom. zw. seinen 2 fix. Stellen	—	—	—	—	Gant
7	„	gesund	Excavatio rectovesicalis	58	m	op.	Heilung	Retzlaff
8	„	„	intraperitoneal	43	m	—	tödlich	Menegaux
9	„	„	20 cm oberhalb Analring, Hinterwand	—	—	—	Heilung	Mummery
10	„	—	intraperitoneal	—	w	op.	tödlich	Clairmont
11	„	Divertikel	im Divertikel	—	w	op.	Heilung	Clairmont
12	„	Divertikel	vord. Wand, Umschlagst. d. Peritoneums	—	m	op.	Heilung	Clairmont
13	„	Divertikel	20 cm oberhalb Analring	66	m	op.	Heilung	Feist
14	„	—	—	—	—	op.	Heilung	Sauerbruch
15	„	—	—	—	—	op.	Heilung	Sauerbruch
16	„	—	—	54	m	—	tödlich	Goldmann
17	„	—	—	—	—	—	—	Gohrbrand
18	„	gesund	15 cm oberhalb Analring, Vorderwand	46	w	op.	tödlich	eig. Fall
19	„	ev. geschwächt, bei d. Sekt. gesund scheinend	19 cm oberhalb Analring, Hinterwand retroperitoneal	58	m	op.	tödlich	eig. Fall
20	Fieberthermometer (?)	gesund	4 cm oberhalb Analring i. d. Dougl. Raum	5½	m	op.	tödlich	eig. Fall
21	Polypenzange	gesund	vom Uterus aus	33	w	keine	Heilung	Graves
22	„	gesund	vom Uterus aus	—	w	op.	tödlich	Fuchsbüchler

Nr.	Instrument	Darmbeschaffenheit	Sitz der Perforation	Alter	Geschl.	Operation?	Ausgang	Berichtet von:
23	weiches Darmrohr	Geschwür	15 cm über dem Analring an der vorderen Wand	54	m	keine	tödlich	Schmitt
24	Katheter	gesund	von der Urethra aus	—	m	keine	Heilung	Aston
25	Zigarettenstopfer	Prolaps	Mitte des Sigmoids	54	m	op.	Heilung	Schönbauer
26	Klystierspr.	gesund	intraperitoneal	—	m	—	tödlich	Esmarsch
27	„	—	extraperitoneal, Vorderwand	Kind	—	—	tödlich	Esmarsch
28—31	„	—	Substanzverluste; Sitz ?	—	—	—	Heilung	Esmarsch
32	„	gesund	3 cm über dem Analring an der hinteren Wand	42	w	keine	tödlich	Hascheck
33	„	abnorme Krümmung	3 cm über dem Analring	—	m	—	tödlich	Chomel
34	„	—	extraperitoneal	—	m	—	tödlich	Chomel
35	„	—	—	—	—	—	bleib. Störung	Velpeau
36—41	„	—	extraperitoneal	—	—	—	tödlich	Velpeau
42	„	—	—	—	—	keine	Heilung	Velpeau
43	„	—	—	—	—	—	tödlich	Passavant
44—47	„	—	extraperitoneal	—	—	—	Heilung	Passavant
48	„	—	hintere Wand	—	m	keine	Heilung	Dieffenbach
49	„	—	—	—	m	keine	tödlich	Paulicki
50	„	gesund	—	Kind	—	—	schwere Narbenbildung	Aston
51	„	gesund	Perforation in die Bauchhöhle	—	—	—	tödlich	Aston
52	„	gesund	¾ Zoll über dem After an der Vorderwand extraperiton.	30	w	keine	tödlich	Wosslido
53	„	gesund	—	—	m	keine	Heilung	v. Hofmann
54	„	—	vom Rektum aus in die Vagina	—	w	—	—	Breisky
55	„	—	Vorderwand	—	m	—	tödlich	Albert
56	„	gesund	hintere Wand, nahe dem Analring	20	w	keine	Heilung	Wyss
57	„	gesund	Hinterwand, direkt über dem Analring	22	m	op.	tödlich	Nordmann

Nr.	Instrument	Darmbeschaffenheit	Sitz der Perforation	Alter	Geschl.	Operation?	Ausgang	Berichtet von:
58	Klystierspr.	gesund	2 Perforationen, Hinterwand, extraperitoneal	69	m	keine	tödlich	Nordmann
59	„	Miliartuberculose?	2 Perforationen, Vorderwand, 1,5 cm über dem Analring, extraperitoneal	45	m	keine	tödlich	Nordmann
60	„	gesund	Hinterwand, 3 Querfinger über dem Analring	48	m	—	tödlich	Nordmann
61	„	gesund	1 Querfinger über dem Analring, Vorderwand	33	m	keine	tödlich	Nordmann
62	„	gesund	—	—	w	—	tödlich	Borchard
63	Mastdarmbougie	gesund	14 Zoll oberhalb After, intraperitoneal	—	m	keine	tödlich	Esmarsch
64	„	—	—	—	—	—	tödlich	Esmarsch
65	„	krebsige Veränderung der Darmwand	intraperitoneal	—	—	keine	tödlich	Curling
66	„	„	intraperitoneal	—	—	keine	tödlich	Curling
67	„	Striktur	intraperitoneal	39	m	keine	tödlich	Curling
68	„	„	intraperitoneal 8 Zoll über dem Analring	—	m	keine	tödlich	Häuer
69	„	„	„	—	w	keine	tödlich	Häuer
70	Bougie	Luetische Striktur	5 cm über dem tiefsten Punkt des Douglas, rechts vom Mesenterialansatz, intraperitoneal	—	m	op.	Heilung	Quenu
71	„	Striktur	25 cm über dem Analring, intraperitoneal	45	m	—	tödlich	Quenu
72	Finger	—	—	—	—	—	—	Rochè
73	„	gesund	hinterer Douglas'scher Raum	28	w	keine	Heilung	Kelly
74—76	„	gesund	hinterer Douglas'scher Raum	über 57	w	keine	Heilung	Kelly
77	eingelassene Luft	—	—	—	—	—	—	Reichle u. Tieze
78	Kolpeurynther	—	—	—	—	—	—	Reichle u. Tieze

Es ist nicht möglich, bei sämtlichen Fällen alle Spalten vollständig auszufüllen, da die in der Literatur enthaltenen Angaben nicht immer lückenlos sind. In den Fällen 27 mit 62 kann angenommen werden, daß es sich jeweils um einen gesunden Darm gehandelt hat, da die Behandlung doch aller Wahrscheinlichkeit nach von Laien ausgeführt worden war und eine besondere Art des Klysmas nicht angegeben ist.

Bei der forensischen Würdigung der Mastdarmperforationen, die anläßlich diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zustande kommen, mögen unsere eigenen Fälle als Grundlage dienen.

Ich möchte als entscheidende Frage vorausnehmen: Handelt es sich bei diesen Fällen um einen Kunstfehler oder nicht, d. h. also nach Virchow: Handelt es sich um eine „fahrlässige Verletzung allgemein anerkannter Regeln der ärztlichen Wissenschaft?" Dabei bedeutet Fahrlässigkeit nach § 276 BGB „die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen, d. h. nach den Umständen gebotenen Sorgfalt". Unter Kunstfehler versteht man also nicht nur eine einfache Fahrlässigkeit, sondern eine qualifizierte, d. h. daß die betreffende Person Kraft ihres Amtes und Berufes als Arzt oder Pfleger zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet gewesen wäre und diese außer acht gelassen hat.

Diese besondere Aufmerksamkeit hat sich nun ganz allgemein in unseren Fällen auf folgende Punkte zu erstrecken:

1. Die die diagnostische oder therapeutische Maßnahme ausführende Person muß Kraft ihrer Ausbildung und Übung das Recht und die Fähigkeit dazu haben; denn nach F. Straßmann liegt eine Fahrlässigkeit schon dann vor, wenn z. B. ein Arzt — natürlich Notfälle ausgenommen — eine Behandlung übernimmt, ohne die nötige Spezialausbildung zu besitzen.
2. Es müssen die nötigen Vorbereitungen (wobei natürlich zu „Vorbereitung" auch die Frage der Indikation oder Kontraindikation des betreffenden Eingriffes gehört) aufmerksam getroffen und die Tätigkeit lege artis ausgeführt werden.
3. Eine in dem betreffenden Falle etwa notwendige Beobachtung oder Nachbehandlung ist gewissenhaft durchzuführen.

Werden nun diese Punkte nach bestem Wissen und Gewissen bei einem instrumentellen Eingriff in den Mastdarm erfüllt und kommt trotzdem eine Perforation mit Hilfe der beschriebenen Instrumente

zustande, also wenn etwa irgendein beim Patienten liegender Grund in erster Linie die Verletzung herbeiführte, dann kommt es natürlich nicht oder kaum in Frage, daß ein solcher Unglücksfall als Kunstfehler zu werten ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Darmwand gesund oder krank war, sofern nicht im letzteren Falle von vornherein der Eingriff als kontraindiziert hätte gelten müssen.

Zur Erläuterung sei hier eine Feststellung des RG. vom 1. März 1912 angeführt, welche lautet: „Auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Sicherheit einer Maschine und es kann ihm einmal ein Stich, ein Schnitt mißlingen, der ihm sonst stets gelingt." Dasselbe gilt natürlich auch für Pfleger und sonstiges Hilfspersonal des Arztes. Es sei in diesem Zusammenhang auf derartige naheliegende Komplikationen in der Geburtshilfe verwiesen, wo z. B. eine Ruptur bei der Wendung des Kindes oder eine Perforation des Uterus anläßlich einer Auskratzung an sich auch noch nicht als Kunstfehler gewertet wird.

Wir wollen uns nun zunächst der Stellung des Arztes in solchen Fällen zuwenden. Es steht also fest, daß die schwere Verletzung oder gar die Perforation — in erster Linie bei der Rektoskopie — auch des gesunden Darmes nicht an sich als Kunstfehler im strafrechtlichen Sinn zu bewerten ist; dagegen muß ebenso wie in den oben erwähnten gynäkologischen Fällen, auch bei den instrumenellen Mastdarmwanddurchbohrungen von dem gewissenhaften Arzt verlangt werden, daß eine solche Verletzung von ihm entweder sofort erkannt wird, oder, wenn das durch eine besonders ungünstige Sachlage eines Falles nicht möglich gewesen sein sollte, daß doch eine genügend lange und sorgfältige Beobachtung des Patienten von Seite des Arztes nach dem Eingriff eine evtl. Perforation erkennen lasse und somit den notwendigen weiteren Maßnahmen zugänglich mache. Aus den in der Literatur angegebenen Fällen und deren Besprechung ist ersichtlich, daß diese Forderung wohl gestellt werden kann — ja muß; denn gerade die Perforation unter der Hand des Arztes, z. B. mittels Rektoskop ist in den meisten Fällen entweder sofort oder nach kürzester Zeit — also zu einem Zeitpunkt, wo eine Rettung noch im Bereich des Möglichen stand — auch festgestellt worden. Es ist selbstverständlich, daß auch einmal Komplikationen auftreten können, welche einen Schluß auf ein derartiges eingetretenes Mißgeschick einfach unmöglich machen, sei es, daß die Perforation an einer Stelle gelegen ist, die eine Feststellung schon während des Eintritts nicht zuläßt oder auch daß nachfolgende Symptome etwa durch irgendwelche schon vorhandene Krankheitserscheinungen von Seite des Darmes verwischt werden oder daß endlich die in solchen Fällen allgemein zu erwartenden Folgen aus irgendeinem Grund — zu einer Zeit, wo noch Hilfe möglich wäre — nicht in Erscheinung treten.

Es sei hier auf den ersten eigenen Fall einer Perforation mittels Rektoskop eingegangen.

Da die Untersuchung in diesem Falle von einem Assistenzarzt vorgenommen worden ist, lautet die Fragestellung bei der Behandlung der Schuldfrage folgendermaßen:

1. Liegt ein Verschulden des Chefarztes durch die Überlassung der Rektoskopie an den Assistenarzt vor?
2. Liegt ein Verschulden des Assistenzarztes bei Vorbereitung und Ausführung der Untersuchung vor?
3. Hätte die Perforation sofort erkannt werden müssen und ist nach der Diagnose derselben alles geschehen, um den drohenden Gefahren zu begegnen?

Ad 1: Aus den Angaben des Chefarztes ist meines Erachtens zwar nicht ersichtlich, ob er sich jemals von der Zuverlässigkeit der Untersuchungstechnik seines Assistenten persönlich überzeugt hat. Es wäre das an sich wohl notwendig, weil er sich ja nur so von der Verantwortung für etwaige Fehler desselben befreien kann. Jedoch ist das deshalb nicht als Fahrlässigkeit im strafrechtlichen Sinn zu bewerten, da er wußte, daß sein Assistenzarzt schon an einem anderen Krankenhause eine größere Anzahl von komplikationslos verlaufenen rektoskopischen Untersuchungen vorgenommen hatte und der Chefarzt deshalb annehmen konnte, daß dieser die Technik auch wirklich beherrschte. Damit ist also die erste Frage zu verneinen.

Ad 2: Der Assistenzarzt wird von seinem Chefarzt als sehr gewissenhaft qualifiziert. Nachdem er auch schon eine ganze Anzahl Rektoskopuntersuchungen gemacht hat, muß man auch die nötige Spezialausbildung als gegeben anerkennen. Die zu dem Eingriff getroffenen Vorbereitungen und die von ihm angegebene Technik entsprechen den bei der Rektoskopie üblichen Regeln. Zu dem kommt aber noch, daß der Patient durch fortwährendes unruhiges Verhalten — er suchte sich während der Untersuchung öfters plötzlich aus seiner Knieellenbogenlage aufzurichten — zweifellos das Zustandekommen einer Perforation begünstigte. Es ist damit auch die zweite Frage zu verneinen.

Ad 3: Die Frage nach der sofortigen Diagnose der Darmwanddurchstoßung ist nach meiner Meinung von besonderer Bedeutung. Es ist die diesbezügliche Angabe, daß die Verletzung auf der Rückwand des Darmes lag und deshalb nicht erkannt werden konnte, bestimmt nicht allgemein anzuerkennen, da auch hier schon die Erkennung solcher Verletzungen beschrieben wurde. Doch ist in diesem Falle wohl als einmalig anzuerkennen, daß die Perforationsstelle eben einen besonders ungünstigen Sitz an der Rückwand hatte, nämlich ins retroperitoneale Gewebe erfolgte, wodurch auf jeden Fall die Diagnose wesentlich erschwert wurde. Ein Beweis dafür ist ja auch, daß es selbst dem die Laparatomie vornehmenden Chirurgen nicht möglich war, die Perforationsstelle festzustellen und chirurgisch zu versorgen.

Des weiteren kommt dazu, daß nicht sofort alarmierende klinische Erscheinungen eintraten, eben wegen der retroperitonealen Lage der Perforation. Sobald aber der dringende Verdacht des klinischen Bildes doch auf die Verletzung hinwies, wurde laparatomiert und damit versucht, die drohende Lebensgefahr abzuwenden.

Zusammenfassend kommt man also zu dem Ergebnis, daß auf Grund der gerichtlich medizinischen Begutachtung des ganzen Falles eine Fahrlässigkeit weder von Seite des Chefarztes noch von Seite des die Untersuchung ausführenden Assistenzarztes erwiesen werden konnte. Dieser Auffassung schloß sich auch das Gericht an. Das Verfahren wurde daher eingestellt mit folgender Begründung:

„Ein strafbares Verschulden eines der den Patienten behandelnden Ärzte liegt nach dem Gutachten des medizinischen Sachverständigen nicht vor."

Mit diesen Erörterungen ist eine Darstellung gegeben, welche die gerichtsmedizinische Seite derartiger Unglücksfälle klarstellt, wenn unglückliche, unverschuldete Begleiterscheinungen zu einem folgenschweren Ende führen.

Anders gestaltet sich natürlich das gerichtliche Verfahren, wenn die Diagnose einer Mastdarmwanddurchstoßung nicht durch derartige verhängnisvolle Zufälle unmöglich gemacht wird, sondern eine Perforation durch Nachlässigkeit und Versäumnisse des behandelnden Arztes nicht erkannt und damit die notwendigen Maßregeln nicht ergriffen wurden. Damit ist eine Situation geschaffen, wie sie eben ein Kunstfehler im Sinne des Gesetzes mit sich bringt. An Hand des zweiten eigenen Falles durch Rektoskop soll nun auch darauf eingegangen werden.

Es gilt auch hier wieder sinngemäß die Fragestellung:

1. Hatte der den Eingriff vornehmende Arzt die Spezialausbildung, die zu der Untersuchung verlangt werden muß?
2. Liegt ein Verschulden des untersuchenden Arztes Dr. X. bei Vorbereitung und Ausführung der Untersuchung?
3. Ist pflichtgemäß von Seiten des betreffenden Arztes alles geschehen, um den Verdacht der Perforation nachzuprüfen und eine der Patientin möglicherweise drohende Lebensgefahr alsbald nach Pflicht und Gewissen zu beseitigen?

Ad 1: Diese Frage ist mit einem einwandfreien Ja zu beantworten, da der Arzt, welcher die Rektoskopie in diesem Falle ausgeführt hat, als bekannter und hervorragender Arzt und als Kenner der Rektoskopie gilt.

Ad 2: Nach dem Röntgenbefund war der Verdacht einer Mastdarmerkrankung gegeben und die Klärung dieses Verdachtes konnte nur mehr durch rektoskopische Inspektion erfolgen bezw. versucht wer-

den. Damit war also die Indikation zu der Rektoskopie gegeben. Die Annahme des Dr. X., der bei der Untersuchung mit dem Rektoskop ein Carzinom festgestellt zu haben glaubte, hat sich als falsch erwiesen; denn nach dem Sektionsergebnis hat sich die Darmwand in gesundem Zustand befunden. Ebenfalls von Bedeutung ist, daß die Patientin zugegebenermaßen nicht durch irgendeine plötzliche Bewegung ein Abirren des Instrumentes bedingt hat, also die Untersuchung nicht gestört hat. Es liegt also auf Seiten der Patientin keine Schuld an dem Zustandekommen des Unglücksfalles. Daß aber Dr. X. sich bei der Vorbereitung und Ausführung der Rektoskopie keine Fahrlässigkeit hat zuschulden kommen lassen, scheint mir bereits mit der Antwort auf die Frage 1 genügend geklärt.

Ad 3: Daß in diesem Falle die Forderung, daß die Perforation sofort hätte erkannt werden müssen, gestellt werden muß, geht aus Folgendem hervor: Die Patientin klagte nach der Untersuchung über erhebliche Schmerzen, was der Arzt schon deshalb nicht hätte übergehen dürfen, weil er vorher schon bei dem Untersuchungsvorgang an eine Perforation gedacht hatte. Daß er nun fahrlässigerweise schlimmere Folgen gar nicht mehr in Erwägung zog, darauf läßt schon der Umstand schließen, daß er die Patientin nicht in der Klinik beließ, sondern sie mit der Straßenbahn heimfahren ließ und sie erst nach einigen Tagen wieder zu sich bestellte.

Selbst wenn aber die Perforation von dem Arzt — einem Spezialsachverständigen auf diesem Gebiet — nicht sofort während oder nach der Untersuchung hätte erkannt werden können, so hätten doch die nachfolgenden telefonischen Anrufe der Angehörigen der Patientin alarmierend auf den Arzt wirken müssen, wogegen dieser die Angelegenheit nicht für dringend hielt und dem mehrmaligen Verlangen der Kranken nach ihm in völliger Sorglosigkeit über die Situation nicht Folge leistete. Dazu kommt noch, daß die sich nach der rektoskopischen Untersuchung entwickelnden Krankheitserscheinungen für den Arzt, der vorher eine Rektoskopie vorgenommen hat, ohne weiteres das Bild einer beginnenden Peritonitis geboten hätten.

Zusammenfassend kommt man also zu dem Schluß:

I. Die Perforation als solche kann nicht als fahrlässige Handlung nachgewiesen werden.

II. Da der Arzt selbst angibt, daß er bei jenem „Ruck“ zunächst an eine Durchstoßung der Darmwand gedacht habe, so hätte diese Überlegung sein späteres Handeln unbedingt beeinflussen müssen. Daß er bei den mehrmaligen telefonischen Anrufen der Angehörigen und später auch des noch hinzugezogenen Arztes sich nicht veranlaßt gesehen hat die Patientin persönlich aufzusuchen und zu untersuchen, ist gerade von dem oben erwähnten Gedanken aus unbegreiflich und jedenfalls nicht entschuldbar.

III. Hätte der Arzt an dem Untersuchungstag abends noch oder am folgenden Tag die Kranke selbst untersucht, so hätte er zweifellos sofort die Diagnose der durch ihn zustande gekommenen Darmperforation gestellt, die Kranke wäre zur Operation gekommen und wäre mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gerettet worden.

Der Staatsanwalt erhob denn auch die Anklage wegen fahrlässiger Tötung und das Gericht fällte sein Urteil nach den obigen Überlegungen. Der Arzt wurde verurteilt zu einer erheblichen Geldstrafe anstelle einer verwirkten Strafe von mehreren Monaten Gefängnis!

Gerade die gerichtlich-medizinische Beurteilung dieser beiden unglücklich verlaufenen Fälle von Rektoskopie und die vom Gericht gezogenen Folgerungen sind so klar in ihrer Verschiedenheit bezüglich des ärztlichen Verhaltens, daß eine weitere Besprechung sich erübrigt!

Zum Schluß sei noch eine ganz kurze Besprechung der gerichtlich-medizinischen Folgen bei den durch Laienhand zustandegekommenen Mastdarmwanddurchstoßungen angefügt. Auf irgendwelche Angaben aus der Literatur kann dabei nicht verwiesen werden, da in keinem der angegebenen Fälle irgendwelche gerichtlichen Folgen erwähnt sind. Ebenso kann der eigene Fall nicht als Grundlage dienen, da wie schon zu Anfang erwähnt, nicht zweifelsfrei feststeht, daß die Perforation wirklich durch das Einführen des Fieberthermometers oder durch ein Klysma oder gar durch ein anderes Vorkommnis (Pfählung?) zustandegekommen ist. So hat auch der Gutachter erklärt, daß erhebliche Bedenken gegen diese Annahme bestehen und möglicherweise die vorgefundenen Verletzungen auch durch vorsätzliche oder fahrlässige Einführung irgendeines anderen Fremdkörpers in den Mastdarm zustandegekommen sein könnten. Demgemäß wurde das Verfahren auch eingestellt mit der Erklärung:

„Die eingehenden Ermittlungen haben keinerlei Anhaltspunkte dafür erbracht, daß die Eltern den Tod des Kindes fahrlässig oder gar vorsätzlich verursacht hätten."

Es ist über derartige durch Laien, Pflegepersonal etc. gesetzte Verletzungen allgemein folgendes zu sagen: Auch hier ist wieder eine ähnliche Fragestellung zu treffen, wie bei den durch Ärzte gesetzten Verletzungen, nämlich:

1. Hatte der die entsprechende Tätigkeit Ausübende die nötigen Fähigkeiten dazu erworben und damit auch die Berechtigung dazu?
2. Ist die Vorbereitung und Ausübung des Eingriffs nach den Regeln der Kunst geschehen?
3. Liegt ein Verschulden des Unglücksfalles von Seiten des Kranken vor?

4. Hat die Perforation Krankheitserscheinungen nach sich gezogen, die auch dem die heilgehilfliche Tätigkeit Ausübenden hätten auffallen und ihn damit bestimmen müssen alsbald ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen?

Hat nun aber der Betreffende die ihm zufallende Tätigkeit wirklich sachgemäß ausgeführt, so kann natürlich — wie schon früher erwähnt — auch hier ebenso wenig wie bei der durch den Arzt gesetzten Verletzung die Perforation als strafbar gewertet werden. Allerdings ist die Prognose für derartige durch Laien beigebrachte Darmwanddurchstoßungen damit ungünstiger, als wenn sie vom selben Schwierigkeitsgrad sind als etwa eine Rektoskopperforation, weil sie wohl in den meisten Fällen erst später erkannt werden und damit die Möglichkeiten eines günstigen Ausganges bedeutend herabgesetzt werden.

Glücklicherweise sind aber derartige Thermometer- oder Klystierverletzungen der Mastdarmwand unter der Hand eines Laien sehr selten geworden, sodaß, wenn man vom Standpunkt der Gegenwart aus die ganzen Fälle überblickt, den unter der Hand des Arztes vorgekommenen Perforationen die weitaus größere praktische Bedeutung zuzumessen ist!

Wie aber schon zu Anfang der Arbeit erklärt, wäre es vollkommen unberechtigt daraus die Forderung zu stellen, daß derartige medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eben nicht angewandt werden sollen. Wohl besteht kein Zweifel darüber, daß z. B. die rektoskopische Untersuchung auch für den Geübten immer wieder Schwierigkeiten und für den zu Untersuchenden erhebliche Gefahren mit sich bringen kann! Es ist ja deshalb auch ganz in der Ordnung, daß man dem lege artis und gewissenhaft vorgehenden Arzt aus einem doch etwa bei der Untersuchung zustandegekommenen unglücklichen Zufall keinen Vorwurf machen kann; andererseits ist es aber auch vollkommen in der Ordnung, daß eine der Schwierigkeit der Methode entsprechende Vorsicht bei der Ausführung und eine persönliche sorgfältige Beobachtung des Verhaltens des Patienten unmittelbar nach dem Eingriff gefordert werden muß, damit beim Auftreten alarmierender Erscheinungen umgehend die nötigen Maßnahmen getroffen werden können, um die dem Patienten drohende Lebensgefahr abzuwenden. Wer gegen diese primitiven aus der hohen Verantwortlichkeit des Arztes heraus selbstverständlich gebotenen Grundsätze verstößt, kann sich nicht wundern, wenn ihn die Strenge des Gesetzes trifft!

Nach Vollendung der vorliegenden Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Obermedizinalrat Professor. Dr. M e r k e l für die Überlassung des Themas und für die wertvollen Anregungen und Ratschläge bei der Ausarbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Albert, zit. bei Bruchholz.
2. Anschütz, Beitrag zur Klinik des Dickdarmkrebses, Mitteilung a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., 1907, p. 489.
3. Aston, zit. bei Fuchsbüchler, Bruchholz, Häuer.
4. Breisky, zit. bei Bruchholz.
5. Bruchholz, Mastdarmverletzungen und Kriminalität, Friedreichs Blätter für gerichtl. Med. u. Sanitätspolizei, 1911, S. 161.
6. Chomel, zit. bei Esmarch.
7. Clairmont, Fehler und Gefahren bei chir. Oper., Stich u. Makkas 1932.
8. Curling, Krankheiten des Mastdarms, Übersetzung, Erlangen 1853.
9. Dieffenbach, zit. bei Esmarch.
10. Dittel, Flasche im Mastdarm und S-Romanum, Wiener med. Wschr. 1938, I. 10.
11. Esmarch, Krankheiten des Mastdarmes und des Afters, Handbuch der Chir. 1887.
12. Feist, in: Bruns Beiträge zur klin. Chir. 1926, 135, 338.
13. Foges, Über Rekto-Romanoskopie, Wien. Klin. Wschr. 1906, 21, 639.
14. Fuchsbüchler, Diagnostischer Wert der Rektoskopie und deren Gefahren, Diss. 30. 7. 1913, München.
15. Gant, zit. bei Foges.
16. Garré-Borchard, Handbuch der prakt. Chir. III.
17. Graves, zit. bei Fuchsbüchler.
18. Haschеck, Schmid Jahrbücher der ges. Med. 1870, 185.
19. Häuer, über Pfählungsverletzungen des Mastdarms, Diss. Königsberg 1906.
20. v. Hofmann, Lehrbuch der gerichtl. Medizin.
21. Hippokrates, zit. bei Strauß, klin. Wschr. 1927/170.
22. Kelly, Rektoskopie, Berliner klin. Wschr. 1905, 1187.
23. König, Die Haftpflicht des Arztes, 1937.
24. Menegaux, Les accidents graves de la rectoscopie, Presse med. 1933, II, 1957.

25. Moreau, z. Noguera, klin.-radiol. Betrachtungen über Fremdkörper, Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin, 1935, 437.
26. Nordmann, Über klysmatische Läsionen des Mastdarms, Diss. Basel 1887.
27. Otis, zit. bei Strauß.
28. Passavant, zit. bei Esmarch.
29. Paulicki, Dr., in Schmid Jahrbücher der ges. Med. 1870, 183.
30. Philipsen, zit. bei Windfeld.
31. Reichle u. Tieze in Kirschner-Nordmann, Chir. V, 1927, II, p. 783.
32. Retzlaff, Mastdarmperf. d. d. Rektoskop, Mü. med. Wschr. 1912, II, p. 1669.
33. Rochè, zit. bei Reichle u. Tieze.
34. Schmitt, Mastdarmperf. d. d. Rektoskop, Mü. med. Wschr. 1912, Nr. 21, 1154.
35. Schreiber, zit. bei Strauß.
36. Schönbauer, Fremdkörper im Verdauungstraktus, Wien. med. Wschr. 1929, II, 1446.
37. Siebner, Instrumentalverletzung des Mastdarms, Der Chirurg, 1931, III, 208.
38. Strassmann, Lehrbuch der gerichtl. Medizin, 1931.
39. Strauß, Die Prokto-Sigmoskopie, 1910.
40. — Rektoskopie, klin. Wschr., 1927, 170.
41. Sultan, Erfahrungen über Rektoskopie, Deutsche Ztschr. f. Chir. 1907.
42. Velpeau, zit. bei Esmarch.
43. Windfeld, Zwei Fälle von Thermometerverletzungen, Deutsche med. Wschr. 1930, 830.
44. Wosslido, Über Stellung der Ärzte vor Gericht, Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1866, 5, 104.
45. Wyss, Ein submuköses Klystier, Korrespondenzbl. f. schweizer Ärzte, 1881, 5, 134.

Lebenslauf.

Am 30. Juni 1912 zu München als der Sohn des Rechnungsrates Karl Gebhardt und dessen Gattin Marie, geb. Pregler, geboren besuchte ich dortselbst 4 Jahre die Volksschule an der Versaillerstraße, um dann in das Wilhelmsgymnasium einzutreten. Nach der 4. Klasse trat ich an das humanistische Gymnasium St. Stephan in Augsburg über, wo ich im April 1933 absolvierte.

Im Sommersemester immatrikulierte ich mich an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München als Studierender der Medizin und legte nach 3 Semestern den naturwissenschaftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung ab.

Vom 3. April 1935 bis zum 30. September 1935 war ich beim Arbeitsdienst.

Im Frühjahr 1936 legte ich dann den zweiten Teil der ärztlichen Vorprüfung ab und brachte die klinischen Semester ebenfalls in München zu, woselbst ich auch mein medizinisches Staatsexamen am 10. Juli 1939 beendete.

München, den 17. Juli 1939.

H. Otto Gebhardt.